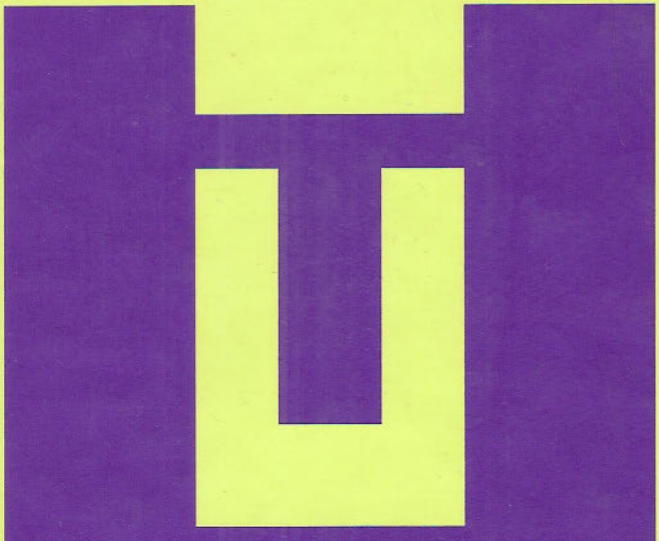
JESSE D. GELLER
JOHN C. NORCROSS
DAVID E. ORLINSKY

FORMAREA PENTRU PSIHOTERAPIE



Psihoterapia de formare – experienţa cea mai importantă a unui psihoterapeut

3
TREI

PSIHOTERAPI

Formarea pentru psihoterapie prezintă interes maxim atât pentru toţi cei care doresc să devină psihoterapeuţi, cât şi pentru asociaţiile profesionale de diferite orientări ale psihoterapeuţilor. Psihoterapia de formare este prezentată din trei puncte de vedere: al psihoterapeutului pacient, al psihoterapeutului formator şi al cercetărilor empirice. Fără a neglija aspectele teoretice ale formării, accentul este pus pe psihoterapia de formare, considerată cea mai importantă influenţă din punct de vedere profesional şi uman.

JESSE D. GELLER este profesor de psihologie clinică la *Yale University School of Medicine* şi *Columbia University Teachers College*;

JOHN C. NORCROSS este profesor de psihologie la *University of Scranton*;

DAVID E. ORLINSKY este profesor de psihologie la *University of Chicago*, Comittee of Human Developement.

9 789737 072108

ISBN 978-973-707- 210-8

www.edituratrei.ro

PSIHOLOGIE

Jesse D. Geller
John C. Norcross
David E. Orlinsky

Formarea pentru psihoterapie

Perspective ale pacientului și ale clinicianului

Traducere din limba engleză de

Tatiana Clara Ilie

3
TREI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU
Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta colecției:
FABER STUDIO (Silvia Olteanu și Dinu Dumbrăvician)

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
OFELIA COȘMAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
GELLER, JESSE D.
Formarea pentru psihoterapie : perspective ale pacientului și ale clinicianului / Jesse D. Geller, John C. Norcross, David E. Orlinsky ; trad.: Tatiana Clara Ilie. - București : Editura Trei, 2008
ISBN 978-973-707-210-8

I. Norcoss, John C.
II. Orlinsky, David E.
III. Ilie, Tatiana Clara (trad.)

615.851

Această carte a fost tradusă după:
The Psychotherapist's Own Psychotherapy,
Jesse D. Geller, John C. Norcross, David E. Orlinsky, 2005

Copyright © 2005 *by Oxford University Press, Inc.*

Copyright © Editura Trei, 2008,
pentru ediția în limba română

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-210-8

Cuprins

Prefață 9
Colaboratori 13

1. Problema terapiei personale 15
(Jesse D. Geller, John C. Norcross și David E. Orlinsky)

Partea I. Terapia terapeutului în cadrul diferitelor orientări teoretice

2. Analiza de formare în modelul clasic freudian 29
(Richard Lasky)

3. Rolul terapiei personale în formarea analistului jungian 43
(Thomas B. Kirsch)

4. Terapia personală și dezvoltarea în terapiile experiențial-umaniste 51
(Robert Elliot și Thea Partyka)

5. Terapia personală în terapia cognitiv-comportamentală: Tradiție și practică actuală 60
(Anton-Rupert Laireiter și Ulrike Willutzki)

6. Rolul și practica actuală a terapiei personale în tradițiile terapeutice sistemice și de familie 72
(Jay Lebow)

Partea a II-a. Terapeutul ca pacient

Experiențe personale: Mărturii ale terapeuților pacienți

7. Experiența mea în analiză cu Fairbairn și Winnicott: Cât de complet este rezultatul atins în terapia psihanalitică? 87
(Harry Guntrip)

8. Experiențele mele ca pacient în cinci psihoterapii psihanalitice 110
(Jesse D. Geller)

9. Experiențele de terapie personală ale unui terapeut specializat în orientarea rațional-emotivă 132
(Windy Dryden)

10. Eul și Sinele: Reminiscențe ale terapiei existențial-umaniste 153
(Bayan Wittine)

11. Rolul terapiei individuale și maritale în dezvoltarea mea 172
(Clara E. Hill)

12. O tapiserie șamanică: Experiențele mele în terapia individuală, maritală și de familie 193
(William M. Pinsof)

Rezultate ale cercetării. Beneficierea de terapie personală

13. Prevalența și parametrii terapiei personale în Statele Unite 215
(John C. Norcross și James D. Guy)

14. Prevalența și parametrii terapiei personale în Europa și alte părți ale lumii 229
(David E. Orlinsky, M. Helge Rønnestad, Ulrike Willutki, Hadas Wiseman, Jean-François Botermans și SPR Collaborative Research Network)

15. Terapeuți care intră în terapie personală: Principalele motive și prezentarea simptomelor 248
(John C. Norcross și Kelly A. Connor)

16. Selecția și caracteristicile psihoterapeuților terapeuților: O cercetare de sinteză 259
(John C. Norcross și Henrz Grunebaum)

17. Rezultate și impacturi ale psihoterapiei psihoterapeutului: Analiză de cercetare 275
(David E. Orlinsky, John C. Norcross, M. Helge Rønnestad și Hadas Wiseman)

Partea a III-a. Terapeutul terapeutului

Experiențe personale: Mărturii ale terapeuților terapeuților

18. Despre analiza colegilor (incluzând candidații în formare).....301
(Emanuel Berman)

19. Tratarea psihoterapeuților prin terapie cognitivă 325
(Judith S. Beck și Andrew C. Butler)

20. Terapie feministă cu terapeuți: Terapia egalitară și altele.....338
(Laura S. Brown)

21. Ascultându-l pe cel care ascultă: O abordare existențial-umanistă a psihoterapiei cu psihoterapeuți 358
(Myrtle Heery și James F.T. Bugental)

22. Conducerea terapiei maritale și de familie cu terapeuți 377
(Harry J. Aponte)

23. Terapie de grup pentru terapeuții din cadrul formării în terapia Gestalt: O perspectivă a terapeutului formator 389
(Philip Lichtenberg)

24. Tratarea psihoterapeuților perturbați și a „vindecătorilor răniți" 409
(Gary R. Schoener)

Rezultate ale cercetării: Acordarea de terapie personală altor terapeuți

25. Cercetare asupra conducerii psihoterapiei cu profesioniști în sănătatea mintală 435
(Jesse D. Geller, John C. Norcross și David E. Orlinsky)

26. Analizele de formare: Considerații istorice și cercetare empirică 460
(Rebecca C. Curtis și Mazia Qaiser)

27. Limite și internalizare în psihoterapia psihoterapeuților: Perspective de cercetare și perspective clinice 479
(Jesse D. Geller)

Epilog. Psihoterapeutul ca pacient, psihoterapeutul psihoterapeutului și psihoterapeutul ca persoană 509
(David E. Orlinsky, Jesse D. Geller și John C. Norcross)

Anexă. Ghid pentru elaborarea mărturiilor 521

Prefață

Mai mult de trei sferturi dintre profesioniștii în sănătatea mintală au trecut prin psihoterapie personală cel puțin o dată. Proporțional vorbind, psihoterapeuții sunt probabil consumatorii cei mai numeroși de psihoterapie de lungă durată. Mulți terapeuți relatează că propria experiență în tratamentul personal a fost singura influență majoră în dezvoltarea lor profesională. Mai mult decât atât, cercetările indică faptul că identificările cu propriii terapeuți sunt o cheie determinantă a modului în care terapeuții în formare înțeleg și aplică principiile terapeutice.

Cu toate acestea, până de curând s-a acordat puțină atenție din punct de vedere profesional terapiei persoanale a terapeutului, iar cercetările în domeniu au avut un caracter empiric și au fost restrânse. În consecință, cunoștințele obținute nu au fost organizate astfel încât să permită accesul la ceea ce se cunoaște despre psihoterapia cu profesioniștii în domeniul sănătății mintale și la ce anume îndrumă munca „terapeuților terapeuților". Chiar și mai puțin s-a publicat despre conducerea tratamentului cu colegi terapeuți sau despre legăturile dintre beneficierea și conducerea psihoterapiei. Tabuul privitor la o examinare deschisă a propriului tratament al psihoterapeutului este pe cât de revelator, pe atât de îngrijorător.

Această carte este menită să atingă două scopuri principale. Primul este de a sintetiza și a explica cunoștințele acumulate despre psihoterapia cu psihoterapeuți. Al doilea scop, legat de primul, este de a oferi o asistență, testată clinic și fundamentată empiric, atât psihoterapeuților care tratează colegi terapeuți, cât și acelor clinicieni care caută ei, la rândul lor, tratament personal.

În această privință, audiența urmărită pentru această carte este largă și diversă. Cartea are ca scop un tratament referință pentru clinicienii din toate profesiile și indiferent de convingere. Este, de asemenea, destinată studenților care au în vedere sau sunt deja implicați în terapie

personală, clinicienilor cu experiență care se întorc la analiza personală și profesorilor care sunt responsabili pentru formarea viitorilor terapeuți. Cei care nu au cunoștințe de specialitate în acest domeniu, dar sunt curioși de mersul intern al profesiei noastre, o vor găsi o lucrare interesantă.

Structura cărții

Acest volum aduce la un loc experiențele personale, rezultatele cercetărilor și cunoștințele clinice din perspectiva „ambelor părți ale canapelei". Din dorința de claritate, cartea tratează separat beneficierea de psihoterapie și conducerea acesteia. Această abordare ne permite să îmbrățișăm atât perspectiva pacientului, cât și pe cea a terapeutului, spre deosebire de scrierile anterioare, care tratează o singură perspectivă.

Formarea pentru psihoterapie este integratoare și în alt sens. Multiplicitatea orientărilor teoretice este evidentă prin contribuțiile coeditorilor, colaboratorilor și prin conținutul capitolelor. Atât pacienții, cât și clinicienii acoperă un vast teritoriu teoretic. Diversitatea ideologică este omniprezentă.

Cartea este împărțită în patru secțiuni: Terapia terapeuților în cadrul diferitelor orientări teoretice; Terapeutul ca pacient; Terapeutul terapeutului; Epilog.

Partea I prezintă spectrul perspectivelor teoretice care au creat diferitele atitudini profesionale privind terapia personală. Aceasta constă în cinci eseuri despre diverse orientări teoretice care au dirijat practica psihoterapiei cu psihoterapeuți.

Partea a II-a înfățișează experiențele unor distinși psihoterapeuți care au trecut prin psihoterapie. Șase relatări de primă mână ale terapeuților-pacienți sunt urmate de cinci analize ale cercetărilor experiențelor de terapie personală. În această parte și în cea care îi urmează, cartea trece de la cunoștințele personale prin cercetare sistemică spre cunoștințele clinice. Această structură reflectă felul în care cunoștințele despre terapia personală au evoluat de la cunoștințe tacite via participare activă și îndrumare a terapiei personale, prin cercetare empirică, și înapoi înspre cunoștințele clinice. În cea mai bună tradiție a savantului practicant, relatările la persoana I sunt îmbinate cu date din cercetări contemporane cu privire la psihoterapia psihoterapeutului.

Toate capitolele autobiografice din partea a II-a au fost scrise în exclusivitate pentru această carte, cu o excepție — relatarea lui Guntrip privitoare la analizele cu Fairbairn și Winnicott. Aceasta reprezintă un exemplu

sugestiv de cum se poate scrie pe un ton savant și, în același timp, personal despre legătura dintre beneficierea de terapie personală, selectarea unei orientări teoretice și dezvoltarea unui stil personal de a conduce terapia.

Partea a III-a îndreaptă atenția către terapeutul terapeutului, din nou atât prin prisma experienței practice, cât și a analizelor de cercetare. Șapte colegi reprezentând diverse orientări teoretice își împărtășesc lecțiile, greșelile și recomandările în tratarea colegilor profesioniști în sănătatea mintală. Următoarele trei capitole sunt analize de cercetare, redactate de mai mulți specialiști, asupra cercetărilor existente despre conducerea terapiei personale. Capitolul al 25-lea expune un studiu novator, comandat în mod special pentru această carte, cu privire la experiențele terapeuților în tratarea colegilor clinicieni.

Atât colaboratorii terapeuți-clienți, cât și terapeuți ai terapeuților au urmat un ghid comun în pregătirea capitolelor psihobiografice. Ghidul a fost formulat astfel încât (1) să ofere continuitate între capitolele cărții; (2) să permită convergență între relatările la prima persoană și următoarele capitole orientate pe cercetare și (3) să permită analize comparative între experiențele laudative ale terapeuților care conduc terapii personale (partea a III-a) și ale celor care beneficiază de acestea (partea a II-a). Principiile pentru relatările de primă mână sunt reproduse în anexă.

Epilogul prezintă eforturile noastre de a sintetiza cunoștințele colective găsite în acest volum și de a avansa ultima integrare a perspectivelor experiențiale, teoretice și de cercetare asupra psihoterapiei terapeuților. Așa cum reiese în mod evident din structura cărții, încercăm să integrăm experiențele și legăturile dintre a fi terapeut-pacient și a fi terapeutul unui terapeut.

Mulțumiri

Dorim să îi mulțumim lui Joan Bossert, editorul nostru de la Oxford University Press, pentru excepționalul său sfat și pentru răbdarea neobosită de a vedea acest proiect dus la bun sfârșit. Atunci când este vorba de editarea unei cărți voluminoase, se poate observa că muzele nu sunt întotdeauna pe față. Suntem recunoscători colaboratorilor acestei cărți pentru faptul de a-și fi găsit timp în programul lor încărcat pentru a-și scrie capitolele și, de asemenea, pentru bunăvoința de a trata sugestiile noastre editoriale la modul serios. O mulțumire specială merită a fi adusă acelor autori care au acceptat provocarea de a scrie despre experiențele lor de viață atât de personale.

Jesse Geller rămâne îndatorat următoarelor persoane pentru ajutorul de toate felurile: Ruth Geller, Kenneth Pope şi Edie Wolkovitz. Fiecare dintre ei a avut contribuţii care au fost cruciale şi bine venite. Eseul Guntrip a fost reeditat cu permisiunea binevoitoare a *International Review of Psychoanalysis.*

John Norcross mulţumeşte cu recunoştinţă pentru colaborarea privind cercetarea lui Elizabeth Kurzawa, pentru suportul acordat de University of Scranton şi asistenţei la redactare a Melissei Hedges şi a lui Dennis Reidy. Ca întotdeauna, el preţuieşte toleranţa familiei sale iubitoare faţă de angajamentele legate de scrierile sale.

David Orlinsky multumeşte coeditorilor săi, Jesse Geller şi John Norcross; prietenilor şi colegilor săi din SPR Collaborative Research Network (în mod special, dar nu numai, profesorului M. Helge Rønnestad, dr. Hadas Wiseman şi dr. Ulrike Willutzki) şi, ca întotdeauna, soţiei sale, Marcia Bourland.

Jesse D. Geller — New Haven, Connecticut
John C. Norcross — Clarks Summit, Pennsylvania
David E. Orlinsky — Chicago, Illinois

Colaboratori

HARRY J. APONTE, Programul de Terapie de Familie și de Cuplu, Universitatea Drexel, Philadelphia, Pennsylvania
JUDITH S. BECK, Institutul Beck pentru Terapie Cognitivă și Cercetare, Departamentul de Psihiatrie, Universitatea din Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania
EMANUEL BERMAN, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Haifa, Israel, Institutul Psihanalitic Israelian, Haifa, Israel
JEAN-FRANÇOIS BATERMANS, Facultatea de Psihologie, Centrul de Îndrumare din Louvain-la-Neuve, Bruxelles, Belgia
LAURA S. BROWN, Departamentul de Psihologie, Universitatea Argosy, Seattle, Washington
JAMES F.T. BUGENTAL, Facultatea Clinică Emeritus, Universitatea de Medicină Stanford, Stanford, California
ANDREW C. BUTLER, Institutul Beck pentru Terapie Cognitivă și Cercetare, Departamentul de Psihiatrie, Universitarea din Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania
KELLY A. CONNOR, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Scranton, Scranton, Pennsylvania
REBECCA C. CURTIS, Departamentul de Psihologie, Institutul Derner de Studii Psihologice Avansate, Universitatea Adelphi, Garden City, New York
WINDY DRYDEN, Departamentul de Psihologie, Colegiul Goldsmiths, Londra, Anglia
ROBERT ELLIOT, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Toledo, Toledo, Ohio
JESSE D. GELLER, Departamentul de Psihiatrie, Spitalul Cambridge, Cambridge, Massachusetts
HARRY GUNTRIP, decedat
JAMES D. GUY, Institutul Headington, Pasadena, California

MYRTLE HEERY, Departamentul de Psihologie, Universitatea de Stat Sonoma, Rohnert Park, California
CLARA E. HILL, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Maryland, College Park, Maryland
THOMAS B. KIRSCH, Institutul C.G. Jung, San Francisco, California
ANTON-RUPERT LAIREITER, Centrul de Psihologie Clinică, Psihoterapie şi Psihologia Sănătăţii, Institutul de Psihologie, Universitatea din Salzburg, Salzburg, Austria
RICHARD LASKY, Programul Postdoctoral în Psihanaliză al Universităţii New York, Institutul pentru Formare Psihanalitică şi Cercetare, New York, New York
JAY LEBOW, Institutul de Familie din cadrul Universităţii Northwestern, Universitatea Northwestern, Evanston, Illinois
PHILIP LICHTENBERG, Institutul Postuniversitar de Asistenţă Socială şi Cercetare Socială, Institutul de Terapie Gestalt din Philadelphia, Bryn Mawr, Pennsylvania
JOHN C. NORCROSS, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Scranton, Scranton, Pennsylvania
DAVID E. ORLINSKY, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Chicago, Chicago, Illinois
RHEA PARTYKA, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Toledo, Toledo, Ohio
WILLIAM M. PINSOF, Institutul de Familie în cadrul Universităţii Northwestern, Centrul pentru studii psihologice şi de familie aplicate, Universitatea Northwestern, Evanston, Illinois
MAZIA QAISER, Institutul Derner de Studii Psihologice Avansate, Universitatea Adelphi, Garden City, New York
M. HELGE Rønnestad, Departamentul de Psihologie, Universitatea din Oslo, Oslo, Norvegia
GARY R. SCHOENER, Centrul de Consiliere, Minneapolis, Minnesota
ULRIKE WILLUTZKI, Departamentul de Psihologie, Universitatea Ruhr, Bochum, Germania
HADAS WISEMAN, Facultatea de Educaţie, Universitatea din Haifa, Haifa, Israel
BRYAN WITTINE, Institutul C.G. Jung, San Francisco, California

Capitolul 1

Problema terapiei personale

de Jesse D. Geller, John C. Norcross și David E. Orlinsky

Tratamentul personal pentru psihoterapeuți — beneficierea de acesta, recomandarea și conducerea lui — se situează la baza profesiei de psihoterapeut. Terapia personală sau analiza se află, în multe privințe, în centrul universului sănătății mintale. Formarea noastră, identitatea noastră și îmbunătățirea de sine gravitează în jurul epicentrului experienței terapiei personale. În lucrarea clasică *Public and Private Lives of Psychotherapists (Viața publică și privată a psihoterapeuților)*, Henry, Sims și Spray (1973, p. 14) au concluzionat: „În fond, mărturiile acumulate sugerează cu putere faptul ca psihoterapia individuală nu servește numai ca un punct central pentru programele de formare profesională, ci funcționează ca esență a identității profesionale în domeniul sănătății mintale".

Vasta majoritate a profesioniștilor din domeniul sănătății mintale, independent sau profesional, au beneficiat de tratament personal, de regulă, în câteva ocazii (vezi capitolele 13 și 14). Volumul copleșitor de mărturii, cu excepția efectelor neconcludente în rezultatele pacienților, susține eficacitatea tratamentului personal. Cel puțin 85% dintre terapeuții care au beneficiat de terapie au dezvăluit că au avut parte de cel puțin o experiență care să le fi adus un beneficiu major, dacă nu foarte mare, și 78% relatează că terapia a avut o puternică influență pozitivă în dezvoltarea lor profesională (capitolul 17).

În același timp, aproximativ trei sferturi dintre psihoterapeuți au tratat un coleg psihoterapeut sau un psihoterapeut în formare (vezi capitolul 25). Mai mult decât atât, un număr semnificativ de clinicieni ocupă un statut special cunoscut ca „terapeut al terapeuților" (Norcross, Geller și Kurzawa, 2000), o poziție care oferă recompense unice și satisfacții profunde. Riscul aferent atrage după sine anxietăți de evaluare crescute,

limite echivoce, precum și pericolul de a își transforma terapeuții-clienți în discipoli sau chiar de a avea tendința de a le superviza terapiile (capitolele 26 și 27).

Poate că cele mai citate sunt satisfacțiile — și problemele — avându-și originea în „concordanța" sau „potrivirea" cu terapeutul. După autorii noștri, bazele unei potriviri benefice par a se fundamenta pe împlinirea reciprocă a așteptărilor legate de rol (Dryden, capitolul 9), stiluri și folosofii profesionale compatibile (Geller, captitolul 8), valori culturale și sociale convergente (Brown, capitolul 20) și congruență a dinamicilor de personalitate (Berman, capitolul 18; Lichtenberg, capitolul 23; Lasky, capitolul 2).

Psihoterapeuții nu beneficiază de formare extinsă și de experiență supervizată în lucrul cu terapeuții-pacienți, așa cum se întâmplă cu celelalte „tipuri" de pacienți. De fapt, terapeuții beneficiază, în mod obișnuit, de o formare sumară de conducere a psihoterapiei cu colegi psihoterapeuți. În multe (poate cele mai multe) dintre situații, singura formare de care terapeuții beneficiază este aceea de a fi fost pacienți ei înșiși. Instituțiile de formare, de regulă, nu pun la dispoziție ghiduri de proceduri terapeuților lor, care lucrează cu terapeuții în formare, și monitorizează insuficient, dacă nu chiar deloc, relațiile instituite astfel. Mai mult decât atât, o altă problemă care se ivește este cea a lipsei unei organizări a cunoștințelor care să îndrume munca terapeutului terapeutului. În consecință, mare parte din ceea ce fac terapeuții atunci când pacientul este terapeut este postularea pe baza unor presupuneri nesistematizate, de cele mai multe ori neverbalizate, despre asemănările și deosebirile dintre psihoterapia terapeuților și psihoterapiile oferite altor „tipuri" de pacienți.

Nu există un răspuns simplu la întrebarea: Ce deosebește psihoterapia terapeuților-pacienți de psihoterapia pacienților nonterapeuți? Așa cum reiese din cartea de față, există similitudini profunde, precum și diferențe importante. De exemplu, este de la sine înțeles că situațiile întâlnite în psihoterapia profesioniștilor în sănătatea mintală sunt potențial diferite de cele întâlnite în tratamentul persoanelor care nu sunt specialiști în sănătatea mintală. Cu toate că terapeuții au opinii variate în ceea ce privește importanța pe care o acordă acestor diferențe, există un acord la scară largă referitor la faptul că există o nevoie reală și clară de a face mai cuprinzătoare înțelegerea noastră asupra provocărilor terapeutice care sunt mai mult sau mai puțin specifice tratamentului psihologic al pacienților, care sunt și ei la rândul lor terapeuți sau terapeuți în formare.

Așa cum a fost menționat deja în prefață, această carte aduce împreună perspective teoretice, clinice, experimentale și de cercetare pentru a pune

în lumină întrebarea: Ce reliefează psihoterapia pacienților care sunt ei înșiși terapeuți sau terapeuți în formare?

Acest scurt capitol prezintă „problema terapiei personale". În mod evident, vom revedea întreaga structură integrativă a cărții, vom oferi o definiție de lucru a terapiei personale, îi vom urmări evoluția și vom revedea multiplele și totuși singurul scop(uri).

Structura integrativă

Am structurat această carte într-o manieră integrativă, în cel puțin trei moduri distincte. În primul rând, cartea se preocupă atât de terapeuții care beneficiază de terapie personală (partea a II-a), cât și de cei care o conduc (partea a III-a). Literatura de cercetare și relatările terapeuților terapeuților demonstrează însemnătatea directă a unora pentru ceilalți. În al doilea rând, în ambele părți ale cărții, a II-a și a III-a, îmbinăm experiențele personale cu rezultatele cercetărilor. Perspectivele narative și empirice nu au interacționat profitabil atunci când s-a pus problema psihoterapiei terapeuților. Doar atunci când experiențele clinice și cercetările empirice se află într-un dialog strâns se poate înregistra un real progres în înțelegerea schimbării terapeutice.

A treia structură integrativă a cărții reflectă înțelesul tradițional al integrării psihoterapeutice: sinteza a diferite sisteme psihologice sau orientări teoretice (Norcross și Goldfried, 2005). Autorii din acest volum au fost aleși astfel încât să reprezinte tradiții teoretice diferite care dau formă practicii clinice. Partea I este dedicată în totalitate terapiei terapeutului în diferite orientări teoretice.

Definirea terapiei personale

În această carte, *terapia personală* este un termen larg și generic care cuprinde tratamentul psihologic al profesioniștilor din domeniul sănătății mintale (sau al celor în formare) prin orientări teoretice și formate terapeutice diferite. Terapia personală poate astfel să se refere la 12 sesiuni de terapie de grup pentru un absolvent de asistență socială, un an de terapie de cuplu pentru un rezident în psihiatrie sau la trei ani de psihoterapie individuală intensă pentru un licențiat în psihologie. În orice caz, rezervăm termenul de *analiză de formare* pentru cazuri specifice de psihanaliză individuală, cerință în cazul absolvirii unui institut de

învățământ superior în domeniul psihanalizei. Un întreg capitol va fi dedicat astfel cazului special de analiză de formare (capitolul 2).

În ceea ce privește accepțiunea noastră, *terapia personală* se referă la tratamentul psihologic fie el voluntar, fie ca urmare a unei cerințe. În majoritatea țărilor europene se pretinde în mod obligatoriu un anumit număr de ore de terapie personală pentru a fi acreditat sau licențiat în psihoterapie. În Statele Unite, dimpotrivă, doar institutele de formare analitică și alte câteva programe pentru absolvenți cer un curs de terapie personală.

Evoluția terapiei personale

În domeniul practicii psihoterapiei s-au schimbat multe de când au fost concepute teoria și metoda psihanalitică. Cu toate acestea, două dintre ideile de bază ale lui Freud continuă să își manifeste o influență puternică în modurile în care terapia este practicată și terapeuții sunt formați. De la început, Freud a sugerat că terapia persoanală este cea mai profundă și mai riguroasă parte a educației clinice a unei persoane.

Freud (1937/1964, p. 246) întreabă retoric în *Analysis Terminable and Interminable* (*Analiza terminabilă și interminabilă*): „Dar unde și cum este posibil ca săracul nenorocit să dobândească acele calificări ideale de care va avea nevoie în profesia sa? Răspunsul este: în propria analiză, prin care începe pregatirea pentru activitatea sa viitoare".

Freud (1926, p. 126) a avut același lucru în minte și când a scris:

> Oricine este familiarizat cu natura nevrozei nu va fi uimit să audă că, indiferent dacă o persoană este capabilă să ducă la bun sfârșit o analiză a altor persoane, poate să se comporte ca orice alt muritor, dezvoltând cea mai puternică rezistență atunci când devine el însuși subiectul unei investigații analitice. Atunci când acest lucru se întâmplă, ni se amintește o dată în plus profunzimea minții și nu ne surprinde să vedem cum nevroza își are rădăcinile în stratumul psihologic în care cunoașterea la nivel intelectual a analizei nu a pătruns.

O temă recurentă a acestei cărți este recunoașterea faptului că este mai ușor să fii înțelept și matur pentru alții decât pentru tine însuți. Berman (capitolul 18), printre alții (de pildă: Bridges, 1993; Fleischer și Wissler, 1985; Gabbard, 1995; Kaslow, 1984), a observat că terapeuții care sunt atașați de ideea puterii și desăvârșirii profesionale sunt amenințați de situația dificilă de „a avea nevoie de ajutor". Acesta este unul dintre

conflictele de identitate și una dintre rănile narcisice de care psihoterapeuții se pot lovi în tratamentul personal. Astfel de probleme sunt legate de dorința de a fi independenți, de căutarea perfecțiunii și de adânca frică de a nu fi impostori.

Direct și indirect, toți terapeuții-pacienți au mărturisit în această carte că, indiferent de cât de bine au fost pregătiți intelectual pentru colaborare, „nu au rezistat să nu reziste". Dryden (captitolul 9) își încheie capitolul spunând că: „Nu aș fi un client ușor pentru majoritatea terapeuților. Am o idee clară despre ceea ce îmi este de ajutor și ceea ce nu îmi este de ajutor și prefer să mă ajut singur, ceea ce face ca terapia să fie o experiență problematică pentru mine, dacă acea terapie nu se concentrează în mod clar asupra încurajării de a mă ajuta singur".

Freud a recomandat, de asemenea, întoarcerea în psihoterapie ca un mod de a alinare a poverilor inerente practicii psihanalizei. Freud (1937/1964, p. 249) a propus ca „fiecare psihanalist să se supună periodic — la intervale de 5 ani sau așa ceva — analizei, din nou, fără să se simtă rușinat de a face un astfel de pas". Așa cum reiese în mod clar din capitolele din partea I, această perspectivă este compatibilă cu acelea ale altor școli clasice de psihoterapie. Modelele existențiale, umaniste, interpersonale, sistemice, relaționale, printre altele, pledează pentru terapia personală ca parte importantă a faptului de a deveni psihoterapeut. În consecință, multe generații de psihoterapeuți au trecut prin propria terapie personală.

Dintre aceștia fac parte numeroși scriitori clinicieni care ar fi putut descrie interacțiunile lor cu propriii terapeuți în moduri în care ar fi lămurit și clarificat probleme la care suntem toți obligați să ne gândim ca psihoterapeuți. Însă, din motive cu siguranță complexe, foarte puțini psihoterapeuți au descris într-un mod detaliat și specific experiențele lor ca pacienți, la persoana I. Această profesie a inclus rar autobiografia ca metodologie sau ca sursă de cunoaștere. O astfel de direcție i-a determinat pe psihoterapeuți să se ascundă sau să nege perioada în care au fost ei înșiși pacienți, atunci când au folosit material din terapiile lor ca „dovadă" în sprijinul convingerilor lor teoretice. Kohut este poate exemplul cel mai izbitor. S-a descoperit că este posibil ca însuși Kohut să fi fost pacientul despre care era vorba în faimosul său articol „The Two Analyses of Mr. Z." („Cele două analize ale domnului Z.") (Kohut, 1979), care a semnalat renunțarea la analiza clasică în favoarea psihologiei sinelui.

Așa cum sugerează cazurile clinice, relatările autobiografice legate de terapie nu sunt nici verificabile în mod public, nici repetabile. Nu avem

pretenţia că relatările psihoterapeuţilor cu privire la experienţele din tratamentul propriu ar fi mai corecte decât cele furnizate de ceilalţi pacienţi. Poate, mai mult decât în cazul altor persoane, terapeuţii sunt conştienţi de nestatornicia şi natura înşelătoare a amintirii (şi uitării). Cu toate acestea, relatările autobiografice constituie o sursă vitală de informaţie legată de ceea ce este „folositor" şi „dăunător" în terapie. Mai mult decât atât, prin faptul că am cerut autorilor să îşi pună anumite întrebări în cadrul relatărilor (vezi anexa), am încercat să determinăm dacă temele reflectate în capitolele lor converg cu cele din rezultatele cercetărilor.

În acelaşi timp, la bine şi la rău, psihoterapeuţii experimentează o presiune considerabilă în a fi pacienţi supuşi, probabil mult mai mult decât cealaltă categorie de pacienţi. Pe de altă parte, potenţiala presiune împovărătoare de a izbândi este resimţită mult mai intens de terapeuţi atunci când pacientul este unul dintre colegii lor. Imboldurile motivaţionale ale acestor presiuni pot fi distinse în capitolele scrise de Aponte, Wittine, Geller, Hill şi Berman.

Psihoterapeuţii au ezitat totodată să scrie despre lucrul cu terapeuţii-pacienţi fără să facă apel la „deghizări radicale" (Berman, capitolul 18). Terapeuţii terapeuţilor au oferit o gamă largă de explicaţii pline de înţeles şi raţionale de ce nu ar fi scris despre terapeuţii-pacienţi. Majoritatea au gravitat în jurul protejării intimităţii. Unii au spus că pare prea „personal" să scrie despre psihoterapeuţii în rol de pacient. Alţii au spus că ar scrie numai lucrări clinice sau teoretice despre terapeuţii-pacienţi, într-un mod rezervat, general şi abstract.

Mult mai multă atenţie în privinţa cercetării a fost dedicată formării intelectuale şi supervizării terapeuţilor decât psihoterapiei terapeuţilor-pacienţi. Doar în ultimii 15 ani s-au depus eforturi sistematice pentru conceptualizarea şi cercetarea psihoterapiei psihoterapeuţilor, care s-au şi materializat în literatura de specialitate. Aceste investigaţii s-au concentrat aproape exlusiv asupra caracteristicilor terapeutului-pacient şi experienţelor acestuia în beneficierea de terapie personală. Multe întrebări importante legate de psihoterapia psihoterapeuţilor nu şi-au găsit încă răspuns sau nici măcar nu au fost ridicate de cercetătorii empirici.

Ce lipseşte?

În această privinţă merită să se specifice faptul că două întrebări cruciale despre psihoterapia psihoterapeuţilor nu şi-au găsit încă răspuns

și nici nu au fost ridicate de cercetătorii precedenți. Și noi le vom aminti pe scurt, în cartea de față. În primul rând, nu putem identifica nici măcar un studiu de cercetare care să atingă partea de logistică sau influența stabilirii tarifului asupra tratamentului personal al psihoterapeutului. Pur și simplu nu știm dacă o plată redusă, plată integrală, nici un fel de plată sau plata din asigurări influențează substanțial procesul și rezultatul psihoterapiei. Chiar dacă banii nu își au locul sau însemnătatea în terapia personală, cu toate acestea, în mod evident, au o semnificație pentru ambele părți — cea care caută terapia personală și cea care o acordă.

În al doilea rând, se cunoaște relativ puțin despre stadiul de viață în care psihoterapeuții caută tratament personal. Mărturiile pacienților psihoterapeuți, din partea a II-a, arată în cel mai limpede mod că terapeuții au scopuri terapeutice diferite în perioade diferite ale vieților lor profesionale și personale; totuși, suntem departe de a avea studii sistematice legate de acest subiect.

În discutarea propriei odisei a terapiei personale de-a lungul carierei sale de 45 de ani, Yalom (2002, p. 42) subliniază: „Am intrat în terapie *în multe stadii diferite ale vieții mele.* În ciuda unui curs al terapiei extins de la începutul carierei, o serie întreagă de diferite probleme pot să se ivească în diferite momente ale ciclului vieții" (italicele în original).

Toate relatările terapeuților-pacienți din acest volum își găsesc fundamentarea în însuși contextul lor de dezvoltare. Așa cum este prevăzut de teoria dezvoltării adultului, motivele căutării tratamentului personal sunt de multe ori legate de anxietatea privind abilitățile lor de a trata sarcinile asociate vârstei. Dryden (capitolul 9) a căutat analiza jungiană pentru a preveni criza vârstei de mijloc. Hill (capitolul 11) s-a supus terapiei pentru a ajunge la o înțelegere cu cerințele opuse ale familiei și carierei. Pinsof (capitolul 12) s-a supus terapiei de cuplu pentru a putea face față presiunilor muncii sale și căsătoriei și apoi a beneficiat de o cură de analiză psihanalitică pentru individualizare, în timpul unei perioade critice a dezvoltării sale personale și profesionale. Din punct de vedere normativ, terapeuții caută tratament personal, în medie, de două sau trei ori pe timpul perioadei carierei lor — și probabil pentru sau în timpul crizelor de dezvoltare propice.

Psihoterapeuții care sunt interesați de tratamentul personal, în mod repetat, pe parcursul carierelor lor susțin concluzia lui Wiseman și Schetler (2001, p. 140): „Terapia personală este percepută nu numai ca o parte esențială a fazei de formare, ci și ca jucând un rol important în procesul evolutiv de *individualizare* și în dezvoltarea abilității de a utiliza

sinele pentru a obține clipă de clipă o legătură autentică cu clienții". Într-adevăr, așa cum se analizează în capitolul 17, multe studii au demonstrat în mod consecvent că lecțiile temeinice învățate de către clinicienii practicieni în timpul propriului tratament privesc importanța relației lor terapeutice și poziția centrală a abilităților interpersonale de formare. Această conștiință sporită se poate transforma în practică clinică, cel puțin așa cum reiese din expunerile personale.

Scopurile aparente și scopul real al terapiei personale

Profesioniștii în sănătatea mintală caută psihoterapia în diferite perioade ale vieților lor în scopuri diferite. În plus, așa cum vom clarifica în epilog, susținătorii diferitelor orientări teoretice acordă o valoare diferită scopurilor și parametrilor tratamentului personal.

Aceste diferențe clare și pronunțate tind totuși să ascundă caracterul supracomun al scopului. Astfel, scopul tratamenului personal al psihoterapeutului este de a transforma natura muncii ulterioare în căi care să îi mărească eficacitatea. Mecanismul actual al acestui proces este pe atât de complex și individualizat, pe cât de mare este numărul psihoterapeuților-pacienți (și al terapeuților lor). Dar există cel puțin șase puncte comune recurente în literatură, legate de modul în care terapia terapeutului este menită să îmbunătățească munca sa clinică (Norcross, Strausser-Kirtland și Missar, 1988).

Scopul terapiei personale	Mecanismul de lucru clinic îmbunătățit
• Îmbunătățește funcționarea mintală și emoțională a psihoterapeutului	• Face viața clinicianului mai puțin nevrotică și mai mulțumitoare
• Îi oferă psihoterapeutului-pacient o înțelegere completă a dinamicilor personale și a provocărilor interpersonale	• Îi permite psihoterapeutului să-și conducă terapiile cu percepții mai clare și un potențial de contratransfer redus
• Alină stresul emoțional și rănile inerente „profesiei imposibile"	• Tratează cu mai mult succes problemele specifice impuse de meserie

- Servește ca profundă experiență de socializare
- Stabilește convingerea asupra eficacității psihoterapiei și facilitează internalizarea rolului de vindecător
- Plasează terapeuții în rolul de client
- Sporește sensibilitatea la și respectul pentru luptele pacienților
- Oferă o oportunitate vie de a observa metode clinice
- Modelează abilitățile interpersonale și tehnice

Paradoxul aparent este rezolvat: multiplele scopuri sunt îndreptate spre un singur scop, și anume acela de a îmbunătăți munca clinică într-o profesie unde sănătatea și integritatea constituie o bază indispensabilă.

În încheiere

Această carte integratoare oferă o culegere de excepție cuprinzând ultimele noutăți din domeniu cu privire la ceea ce se cunoaște despre beneficierea de, recomandarea și conducerea terapiei personale a psihoterapeuților. Intenționează să fie atât descriptivă, cât și prescriptivă, așa cum reiese din relatările personale și din evaluarea cercetărilor, ambele evidențiind practici de bază.

În același timp sperăm că relatările clinice și evaluările cercetărilor îi vor stimula pe alții să ia în considerare întrebările fundamentale, și totuși neglijate, privitoare la psihoterapia terapeuților. Printre aceste întrebări se numără: Ce aspecte particulare ale terapiilor lor personale este probabil să fie repetate de terapeuți cu pacienții lor? Influențează plata tarifului terapiei personale în mod semnificativ procesul sau rezultatul terapiei? Ce caracterizează tratamentul specialiștilor în sănătate mintală, care beneficiază de terapie în diferite stadii ale carierei lor? Ce considerații speciale stau la baza deciziei de a trata medicamentos sau de a spitaliza un specialist în sănătate mintală? Care sunt responsabilitățile suplimentare și problemele speciale puse de terapeuții trimiși de autoritățile profesionale în tratament? În ce criterii se poate încrede terapeutul unui terapeut, pentru a diferenția îndoielile apărute în contratransfer, privind competența profesională, de realitatea unei supraextinderi a sinelui? Poate fi considerată tratarea unui coleg specialist în sănătatea mintală, fără a

avea o formare specifică și supervizare, ca depășind aria de competență a terapeutului?

Lansăm o caldă invitație în a studia cum efortul de a stapâni probleme psihologice și de a găsi soluții la întrebări existențiale fundamentale se reflectă în modul de tratare a pacienților, fie ei terapeuți sau nonterapeuți. Sperăm să inițiem un dialog despre ce putem învăța din terapia terapeuților despre persoana terapeutului și cum să fie tratați mai eficient toți pacienții, terapeuți și nonterapeuți deopotrivă. Această carte este un început.

Bibliografie:

Bridges, N.A., „Clinical dilemmas: Therapists treating therapists" în *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, 1993, p. 34-44

Fleischer, J.A. și Wissler, A., „The therapist as a patient: Special problems and considerations" în *Psychotherapy, 22*, 1985, p. 587-594

Freud, S., „The question of lay analysis: Conversations with an impartial person" *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol. 20, în J. Strachey (ed. și trans.), Hogarth Press, Londra

Freud, S., „Analysis terminable and interminable" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol. 23, J. Strachey (ed. și trad.), Hogarth Press, Londra p. 216-253

Gabbard, G.O., „When the patient is a therapist: Special challenges in the psychoanalysis of mental health professionals" în *Psychoanaytic Review, 82*, 1995, p. 709-725

Guntrip, H., „My experience of analysis with Fairbarn and Winnicott" în *International Review of Psycho-analysis, 2*, 1975, p. 145-156

Henry, W.E., Sims, J.H. și Spraz, S.L., *The public and private lives of psychotherapists,* Jossey-Bass, San Francisco, 1973

Kaslow, F.W. (ed.), *Psychotherapy with psychotherapists,* Haworth, New York, 1984

Kohut, H., „The two analyses of Mr. Z." în *International Journal of Psychoanalysis, 60*, 1979, p. 3-27

Norcross, J.C., Geller, J.D., și Kurzawa, E.K., „Conducting psychotherapy with psychotherapists: I. Prevalence, patience and problems." în *Psychotherapy, 37*, 2000, p. 199-205

Norcross, J.C. și Goldfired, M.R. (editori), *Handbook of psychotherapy integration,* ediția a 2-a, Oxford University Press, New York, 2005

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. şi Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapist's personal treatment experiences" în *Psychotherapy, 25,* 1988, p. 36-43

Wiseman, H. şi Schefler, G., „Experienced psychoanalytically oriented therapists-narrative accounts of their own personal therapy: Impacts on professional and personal development" în *Psychotherapy, 33,* 2001, p. 129-141

Yalom, I., *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients,* HarperCollins, New York, 2002

Partea I

TERAPIA TERAPEUTULUI ÎN CADRUL DIFERITELOR ORIENTĂRI TEORETICE

Capitolul 2

Analiza de formare în modelul clasic freudian

de Richard Lasky

Analiza clinică a candidatului în formare, cunoscută ca *analiză de formare*, este de obicei considerată a fi cea mai importantă componentă a modelului triadei formării psihanalitice. Celelalte două componente sunt cursurile didactice, atât de teorie, cât și de practică, și acordarea de analiză supervizată unui număr de pacienți. Primii analiști care i-au călcat pe urme lui Freud, după ce i-au citit lucrările, au venit în pelerinaj la Viena din toate colțurile lumii pentru a fi analizați chiar de acesta. De la bun început, a fi analizat era la fel de important ca și citirea lucrărilor lui Freud. Graba de a fi analizați, de preferat de către maestrul însuși, nu era o cerință specială și nici studenții inițiali ai lui Freud nu sufereau de o psihopatologie severă. S-a întâmplat așa doar pentru că aceștia erau foarte prinși de psihanaliză ca singura metodă reală de a se cunoaște pe ei înșiși. Ideea că fiecare are motive inconștiente care joacă un rol mai mare în viața mintală decât intențiile conștiente era atât revoluționară, cât și electrizantă, iar prima generație de analiști era dornică de a avea o experiență de prima mână. Este, de asemenea, posibil ca ei să se fi îndreptat spre analiză datorită identificării cu Freud, care a făcut uz în mod evident de propriile analize de sine în descoperirile despre inconștient.

Este probabil ca prima generație de analiști să fi avut aceeași ambivalență inconștientă cu privire la faptul de a fi analizați, așa cum are orice pacient din ziua de azi. Indiferent ce ambivalență le-a creat reținere, curiozitate intensă — combinată cu nivelul înalt de entuziasm intelectual în ceea ce privește psihanaliza —, aceasta a împins prima generație de analiști mai departe. Era de neconceput ca cineva care își dorea să devină psihanalist să nu fi fost analizat, acest lucru fiind parte a însuși procesului de a deveni psihanalist. Lipsa de interes în a fi analizat și rezistența categorică la această idee reprezentau o contradicție în termeni care ar

fi fost de neconceput pentru Freud, precum și pentru ceilalți analiști de început. În acea perioadă nu se punea problema analiștilor aspiranți care să ezite în ceea ce privește analiza; problema era de a fi fost destui analiști care să onoreze cererea în continuă creștere. o

În perspectiva lui Freud (1910/1957), analiza de formare era în sine un mod de instruire, chiar dacă nu unul tradițional. Freud considera că nici o persoană neanalizată nu ar putea să știe cât de puternic și de vast este inconștientul. Nici o formă de instruire tradițională — acest lucru însemnând indiferent de numărul de cărți învățate, de supervizare sau de discutarea problemelor — nu ar fi putut da o idee adecvată asupra imensității influenței pe care inconștientul o exercită asupra întregii vieți mintale. Și, prin definiție, nu numai atingerea, dar și extinderea și natura inconștientului sunt de neînțeles din afara analizei. Nimeni nu poate cunoaște în mod conștient conținuturile și funcțiile inconștientului, pentru că dispunem la locul cuvenit de apărări psihologice active, care sunt create în mod special pentru a preveni o asemenea cunoaștere. Acest lucru se întâmplă pentru că marea parte — nu tot, dar aproape tot — a incoștientului este compusă din dorințe interzise, dorințe inacceptabile și tabuuri. Mai mult decât atât, considerațiile narcisice ne fac să ne apărăm de cunoașterea puterii și vastității inconștientului. Multor oameni le place să creadă că decid liber, că dețin controlul asupra propriului destin, că se cunosc bine pe ei înșiși, că ei sunt direct răspunzători de gândurile lor, de sentimentele lor și acțiunile lor. A învăța cât de neadevărate sunt toate acestea se poate constitui într-o rană narcisică, o insultă serioasă la stima de sine a unei persoane. Pentru că motivele de a ține inconștientul pe cât de inconștient este posibil sunt atât de puternice, nimic în afară de o analiză, credea Freud, nu poate să-l aducă la lumină.

În primul model al lui Freud de acțiune psihanalitică, întreaga muncă de analiză era menită a face inconștientul conștient. Lucrurile nu au stat la fel până în 1923 (*The Ego and the Id) (Eul și Seul)*, când Freud a adăugat teoria structurală (Seul, Eul și Supraeul) teoriei topografice anterioare (inconștient, preconștient și conștient), care a transformat faimosul dicton „Acolo unde este inconștient, va fi și conștient" în „Acolo unde este Se, va fi și Eu". Freud s-a îndoit (1912/1958b/1915/1958a) că vreun analist ar putea să ajute pacienții să-și realizeze scopurile, dacă el sau ea nu ar fi putut să o facă pentru ea însăși sau el însuși. Problema pentru un analist neanalizat este evidentă: conștient de faptul că aproape întreaga viață mintală este inconștientă, dar incapabil să aprecieze vasta sa influență asupra oricărei acțiuni imediate sau convingeri personale, ea sau el va

înceta inevitabil să îi releve pacientului întreaga măsură a forţelor inconştientului. Imaginându-ne că el sau ea a pătruns atât de mult în inconştientul pacientului pe cât este posibil de pătruns, un analist neanalizat poate să meargă numai până acolo unde propria experienţă cu inconştientul îi permite (Freud, 1915/1958a). Astfel, Freud a considerat că felul de instruire pe care analistul analistului i-o oferă nu este doar mai bună, ci este o necesitate absolută dacă el sau ea urmează să aibă o astfel de profesie ce implică lucrul cu alte persoane.

În perioada de început a psihanalizei, analiza de formare era o formă de instruire şi din alt punct de vedere. Spre deosebire de felul în care noi o practicăm astăzi, în acea perioadă instruirea, la fel ca şi „analiza", era obişnuită în orele analitice. Freud, discipolii săi şi studenţii acestora discutau în mod frecvent teorie şi tehnică (şi câteodată propriile cazuri) în timpul orelor analitice; acest fapt se întâmpla, bineînţeles, pe lângă întâlnirile lor informale (de exemplu, la faimosul grup de miercuri seara). „Cadrul" era restâns în acele timpuri şi cineva a întâlnit interpretări oferite prin scrisori la întâlnirile profesionale (dacă relatările sunt adevărate). În acea perioadă de început, când analiştii puteau fi practic număraţi pe degete, materialul didactic era discutat frecvent în timpul orelor analitice. Flexibilitatea cadrului acelor vremuri, ca şi acum, era produsul epocii. Acele momente de pregătire par să fi fost mai degrabă motrice şi nu menite să se constituie în instrumente intenţionale, într-o tehnică formală sau specifică în conducerea analizei. Este clar că, atunci când Freud a descris analizele de formare ca formă de pregătire, s-a referit la aceasta în raport cu expansiunea conştientului, şi nu în raport cu pregătirea didactică. Oricum, a fost nevoie de mult timp pentru ca practica pregătirii didactice şi supervizarea acesteia să fie complet abandonate în analizele de formare. În parte, răspunsul la „de ce a durat atât de mult" poate fi: pentru că primele analize erau atât de puternic identificate cu Freud. Ceea ce a disociat pregătirea didactică de analiza de formare a fost dezvoltarea pregătirii psihanalitice formale urmând „modelul Eitingon" (Eitingon a propus modelul său pentru formarea psihanalitică, acesta fiind adoptat în 1912, în cadrul International Psycho-Analytical Association — Asociaţia Psihanalitică Internaţională). În acest model, analiza personală, supervizarea şi cursurile didactice sunt formal şi oficial separate unul de celălalt. Analiza de formare, pentru a fi congruentă cu celelalte componente ale formării, se opreşte acolo unde dispun candidatul şi analistul formator.

O dată cu analiza personală ca parte a programei analitice de formare, astfel ajungând să fie cunoscută ca *analiză de formare*, s-a ivit un număr

de probleme, unele dintre ele de ordin clinic, altele de ordin politic. Primul model al unei analize personale era, firește, analiza de sine a lui Freud. La început, el a analizat analiști în devenire și el era cel care le spunea dacă și când erau gata să trateze pacienți pe cont propriu. Unii erau medici care tratau deja pacienți urmând metode pe care le spicuiseră singuri din scrierile de început ale lui Freud, venind la Freud cu o practică deja aplicată. În afară de cazul în care erau complet nebuni, Freud nu le-a spus să renunțe la munca lor. În schimb, i-a informat direct cu privire la capacitatea lor de a continua să practice, împreună cu analiza punctelor lor tari și a celor slabe. Acea generație de analiști formați și analizați de Freud a practicat într-o manieră similară, informală cu următorul grup de (în mare parte) medici care erau atrași de psihanaliză. Analiștii din primul val al programelor de pregătire *formală*, urmând calea la care au crezut că modelul freudian va conduce, au raportat în mod curent „institutului" sau comitetului de „formare" ori de „instruire" starea de pregătire a candidatului privind continuarea programei analitice și când el sau ea ar putea să acorde terapie sub supervizare.

În Statele Unite, a face același lucru pe care Freud l-a făcut cu pacienții săi „profesioniști" inițiali era o practică întâlnită în aproape toate institutele „medicale" (afiliate American Psychoanalytic Association) și, într-o măsură mai mică, în institutele independente „nonmedicale", până relativ recent, când presiunea din partea candidaților și a multora dintre facultăți/autorități a forțat o schimbare în această politică.

Mulți candidați și corpul profesoral, incluzând și câțiva analiști de formare, care se opuneau părții de *raportare* ca o cerință a analizei de formare, erau convinși că nu era folosită corect de către unii formatori și chiar de unele dintre institutele de pregătire/comitetele de formare. Candidații cu idei inovatoare sau cei care erau atrași de alternarea sau de alegerea de școli de analiză concurente (modelul kleinian, de exemplu, sau școlile existențiale, culturale sau interpersonale) erau evaluați ca „analizați insuficient" sau nu puteau să continue formarea. Până la urmă, aceștia fie au respectat regulile, fie au trebuit să meargă în altă parte — unii pentru că așa au ales, alții pentru că așa a fost necesar. (Și asftel, anumite comunități s-au ales nu numai cu un institut analitic, ci cu două sau trei institute concurente.) Cei care se opuneau *rapoartelor* argumentau că acest fapt avea un efect ridicol asupra domeniului.

Candidații cu transferuri excesiv de puternic negative, precum și candidații cu plângeri legitime împotriva analiștilor lor sau a institutului erau adesea puși laolaltă de comitetele de formare/pregătire, care reacționau ca și când orice plângere nu ar fi nimic mai mult decât o formă de

transfer negativ. În momentul în care formatorul raporta acest fapt comitetului de formare, înșiși candidații cu plângeri legitime puteau fi și chiar erau adesea împiedicați în progresul lor educațional. Candidații care erau atrași de „dușmani" teoretici sau instituționali ai analiștilor lor formatori, despre care analiștii ar fi aflat în timpul analizei, bineînțeles, „mai aveau nevoie de analiză" înainte de a înainta în program. Institutul le stabilea de cele mai multe ori candidaților un analist, mai degrabă decât să fi ales ei înșiși dint-o plajă de analiști formatori, o practică încă folosită în unele institute chiar și astăzi, indiferent de cât de greu de imaginat ar fi acest lucru. Deseori, în cazul în care candidații nu s-au potrivit cu formatorul stabilit, li s-a spus că nepotrivirea este vina lor, că era vorba pur și simplu de transfer negativ neanalizat, și aceștia fiind de multe ori împiedicați în formarea lor.

Chiar și cu multe cadre didactice nemulțumite de rapoarte, schimbarea sistemului de raportare în institute nu a fost o sarcină ușoară. Erau oricum alte facultăți și candidați care nu au luat în considerare potențialul de abuz care distrugea tot sistemul de raportare. Aceasta era o minoritate însemnată, și, fără a minimiza sau ignora problemele asociate cu puterea și politica, au arătat unele dintre aspectele pozitive privitoare la efectul raportării. Ei au amintit tuturor că modelul analist de raportare a servit altor scopuri, complet legitime din punct de vedere etic și pedagogic.

Multe dintre problemele și abuzurile sistemului, au argumentat susținătorii raportării, au fost create de practica raportării pe baza *conținutului specific* al muncii analitice a unui candidat. Mare parte dintre susținători au acceptat până la urmă că *acest* aspect al raportării era cât se poate de incendiar și că a creat mai multe dificultăți decât ar fi soluționat vreodată. Ei au sugerat, în schimb, că rapoartele ar trebui să se limiteze doar la răspunsuri cu da și nu (neincluzând nici o altă elaborare) la întrebarea: *Este candidatul pregătit să treacă la următoarea fază a formării?* (indiferent de ce pas era luat în considerare). Ei au presupus ca aceasta ar fi avut un efect limitator asupra potențialului de abuz, dar recunoșteau cu siguranță că un asfel de comportament ar fi încă posibil, chiar și sub această politică mai strictă. Ideea nu era garantarea faptului că un astfel de comportament nu se va mai produce, ci, pe cât era posibil, să fie întâlnit cât mai rar. Majoritatea analiștilor formatori și comitetele de instruire nu au avut un astfel de comportament, a argumentat minoritatea, iar renunțarea la un sistem în totalitate doar pentru că o mică minoritate putea să abuzeze de el le părea ca și cum ar arunca și copilul o dată cu apa din copaie. Dat fiind faptul că problemele se pot ivi chiar și în cazul unei raportări limitate, ce credeau ei că era de câștigat prin continuarea acestei practici?

Argumentul lor se bazează pe premisa că un candidat vine în formare prezentând conflicte nevrotice nesoluționate, iar apoi formarea însăși îl aruncă în și mai multe conflicte considerabile. Dat fiind nivelul extrem de înalt de conflicte pe care candidații îl experimentează, analiștii formatori, înțelegând îndeaproape viața interioară a candidatului, sunt în cea mai bună poziție din care se poate stabili starea de pregătire a candidatului în vederea continuării formării. Pe de altă parte, el sau ea este în poziția cea mai potrivită de a cunoaște când un candidat este cufundat în tumultul interior — fie real, fie indus de formare — și, prin urmare, dacă un candidat este gata să meargă mai departe. Poate să fie astfel, au argumentat oponenții raportărilor, dar, totuși, de ce nu poate fi lăsat acest aspect în seama candidatului? Pentru că, au răspuns susținătorii, candidații nu pot fi suficient de obiectivi în ceea ce îi privește, mai ales atunci când conflictele lor (sau mijloacele de apărare pe care le folosesc ca răspuns la ele) pot să-i orbească în ceea ce privește condiția lor. Atunci de ce nu poate fi lăsată această chestiune în seama supervizorului? Pentru că supervizorilor se poate să nu le fie prezentată atât intenționat, cât și neintenționat toată gama de probleme. De ce nu poate fi lăsat atunci în seama instructorilor de clasă? Pentru că instructorii de clasă pot să nu cunoască îndeajuns de multe despre candidat. Una este să se cunoască dacă un candidat a trecut sau nu cursul, și alta să se știe dacă el sau ea este pregătit/ă pentru continuarea tuturor părților formării, în mod special componentele clinice.

Un individ sclipitor, fermecător, narcisic carismatic, de exemplu, poate trece cu ușurință toate cursurile cerute cu felicitări, dar, de fapt, nimeni nu l-ar lăsa singur în cameră cu un pacient. Un candidat care manipulează poate să-și arate cu grijă numai punctele tari supervizorului, care de fapt îl vede doar pentru 45 de minute, o dată pe săptămână. Nu este însă posibil pentru candidații-pacienți să ascundă în același fel, să spunem, o capacitate superficială pentru relațiile de obiect sau o tendință de a se folosi de ceilalți — incluzând pacienții — în analizele lor. Astfel de candidați, au argumentat susținătorii, ar putea în mod considerabil să se controleze îndeajuns atât în clasă, cât și în timpul supervizării, asftel încât profunzimea chestiunii să fie ascunsă oricărei persoane care nu-i cunoaște îndeaproape. Aceasta, au precizat ei, ar rămâne o problemă, în ciuda faptului că profesorii și supervizorii sunt analiști formați la rândul lor. Profesorii și supervizorii ar putea să nu observe o tendință de acest gen, de exemplu, dar analiștii ar avea o viziune realistă asupra a cât de profundă este problema și dacă prezintă sau nu impedimente insurmontabile în munca de psihoterapeut. Opozanții raportării au

sugerat exact opusul: anume că analistul ar putea să *nu* cunoască modul în care lucrează candidatul. Aceasta s-ar întâmpla din cauza faptului că analistul ar putea să fie orbit de conflictele candidatului, nefiind conștient de înaltul nivel de funcționare nonregresivă. Susținătorii au considerat acest lucru puțin probabil, dar, din nefericire, nici un grup nu a avut vreun suport empiric în sprijinul ideilor puternic susținute.

Totuși, ca un contraargument al acestui punct de vedere, deținem un vast material neștiințific sugerând că analizele care implică raportare sunt compromise. Acelea nu sunt analize „reale", atâta vreme cât candidații-pacienți nu se vor deschide suficient sau chiar își vor ascunde conflictele de frica reacției analistului. Cu alte cuvinte: „Nu pot să-i permit analistului să știe ce se întâmplă înăuntrul meu pentru că, o dată ce va ști asta, el sau ea nu îmi va permite vreodată să îmi continui formarea sau chiar să absolv". Dacă aceasta are o implicație paranoică sau este o realitate, „ascunderea" de analist este foarte răspândită. Dacă aceasta este o pretenție trufașă („Pot să țin ascuns cu succes de analist ce nu vreau ca acesta/aceasta să vadă în mine") sau o abilitate reală, relatările despre participarea la analize „false" sunt, de asemenea, obișnuite. Date fiind poveștile create în jurul unor astfel de abuzuri, oricine ar putea să se întrebe dacă întreaga anxietate cu privire la toate acestea este bazată numai pe considerente reale; până la urmă, astfel de idei sunt în concordanță cu tipul de paradigme de transfer și fantezii care se ivesc în mod curent în analize, idei în care „puternicul și periculosul" tată sau „puternica și periculoasa" mamă dezaprobă, discreditează, atacă, reține de la, pedepsește sau oferă recompense, răsplătește, satisface și iubește copilul relativ lipsit de ajutor. Dacă s-ar putea avea încredere în analiștii de formare din ziua de azi, în sensul de a nu abuza de sistemul de raportare, este o problemă pragmatică; este o problemă pe care mărturiile neprobate științific despre trecut nu o pot dovedi, dar realitatea fizică a astfel de probleme, chiar și astăzi, este incontestabilă.

Fiind eu însumi analist formator, pe lângă faptul de a fi fost președinte atât al facultății, cât și al comitetului care numește analiștii de formare în institutul psihanalitic și de a fi discutat experiența de a fi analist formator cu un număr de alți analiști formatori, vă pot spune că experiența mea nu susține acele temeri. Analiștii de formare pur și simplu nu „stau în așteptare" pentru a intra în posesia „dovezilor" pe care le vor folosi pentru a-i da afară pe candidați din institut; consider că problema se pune exact invers. Într-un fel, cred ca analiștii de formare câteodată chiar trec cu vederea sau minimizează patologia care există cu adevărat, pentru că sunt adesea identificați în mod exagerat cu

pacienţii-candidaţi. Fantasma inconştientă generată de această identificare determină formaţiuni reacţionale împotriva oricărei rezerve care ar putea, în mod „injust", să-i împiedice pe pacienţii lor să fie formaţi sau să absolve. Or, ei se tem de faptul că un raport analitic negativ va fi o reflecţie nu a pacientului, ci a propriilor abilităţi de analist formator. Această discuţie a raportării versus nonraportare nu a fost numai o chestiune secundară interesantă; problema abilităţii candidatului de a avea parte de o analiză reală în cadrul formării a fost şi este încă problema pedagogică centrală.

După ce am descris cum s-a dezvoltat analiza de formare şi după ce am descris şi unele dintre argumentele pro şi contra practicii raportării, voi spune acum ceea ce este poate singura cea mai importantă capacitate profesională pe care analiza de formare este menită să o facă accesibilă. Voi începe prin a formula o problemă: aceasta ar fi faptul că psihanaliştii sunt într-o profesie în care personalităţile lor sunt supuse unui risc continuu. (Atenţia asupra acestei idei mi-a fost iniţial atrasă de Anna Freud [comunicări personale, 1964].) Pentru a exprima aceasta în termeni clinici, problema este următoarea: psihanaliştii (fiind eu însumi un analist în funcţie, voi trece la expunerea punctului meu de vedere la persoana I, în descrierea acestor chestiuni) practică o meserie în care aud ceea ce nimeni altcineva nu vrea să audă. Medicul obişnuit, traumatizat de faptul de a fi auzit lucrurile pe care noi le auzim, poate fi tentat să prescrie câteva aspirine sau ceva Prozac sau Zoloft, iar apoi să spună pacientului să revină luna următoare sau, şi mai bine încă (dacă medicul este suficient de traumatizat), anul următor. Chiar şi mulţi dintre psihoterapeuţi ar putea fi tentaţi să-l trimită pe un pacient altundeva, dacă li se pare că pacientul respectiv îi va face să se simtă incomodaţi. Noi, analiştii, însă nu beneficiem de luxul de a-i îndepărta (ca reacţie de autoapărare) pe pacienţii care ne provoacă anxietate. Astfel, când îi îndemnăm: „Spune-mi mai mult", chiar trebuie să credem asta. Şi nu numai că dorim să *auzim* mai mult despre acea chestiune, nu numai că dorim să o *înţelegem la nivel intelectual*, dorim să o lăsăm *să intre în noi*; aceasta înseamnă să rezoneze şi să reverbereze, psihologic, înăuntrul nostru, potenţial ajutând sau făcând rău, asftel încât să ne practicăm meseria cum se cuvine.

În toată această muncă, în mod obişnuit, facem identificări de probă cu pacienţii noştri, cu conflictele lor şi cu obiectele lor. Pentru a putea fi în stare să realizăm toate acestea, şi într-un mod pătrunzător cu adevărat, nu avem altă cale decât de a reînvia conflictele din noi înşine, care anterior fuseseră trecute mai mult sau mai puţin într-o stare de

repaus; trecute în repaus doar după o muncă și o luptă considerabilă și trecute în repaus spre marea noastră ușurare. Conflictele noastre sunt *reînviate*, nu pur și simplu *reamintite*, din trei motive: (1) deoarece conflictele activate sunt un constituent al unora dintre acele identificări; (2) pentru că numai inconștientul care intră în joc atunci când conflictele sunt readuse la viață ne poate pune într-o poziție de unde să putem face intervenții care să-l lovească pe pacient la niveluri multiple ale funcționării sale psihice simultan; (3) pentru că psihanaliza nu este o luptă intelectuală sau educațională — această muncă nu este pur și simplu un exercițiu inteligent de logică deductivă și judecată inductivă. Privit în acest fel, ne folosim personalitatea mult mai mult în această muncă decât ne folosim vreodată intelectul. Și pentru că așa stau lucrurile — pentru că nu facem psihanaliză de la distanță — voi expune problema pe scurt. Există vreun gen de muncă pe lumea asta ale cărei unelte să nu se tocească, să nu se sfărâme sau să nu se rupă?

Mergem pe o linie foarte fină. Încercăm să ne descurcăm cu identificările noastre, astfel încât să se constituie într-o experiență temporară, unii ar spune o probă, în care ne scufundăm în așa măsură încât să rămână la stadiul de probă. Atunci când conflictul reactiv este readus la viață înăuntrul nostru, nu încercăm să îl *limităm*; în schimb, încercăm să îl *conținem*; și în acea stare aducem aspectele autonome reziduale ale Eului nostru să îl țină în frâu. Atunci când reușim, dezvoltăm o relație profundă și empatică cu pacienții noștri și suntem capabili să transformăm acea stare a minții, chiar dacă este bazată și pe unele dintre cele mai dureroase experiențe interioare ale noastre, în ceva folositor pentru tratament. Atunci când muncim bine, foarte bine, procedăm așa de fiecare dată, dar ceea ce vreau să punctez este că rezultatele nu vin fără costuri, uneori acestea fiind foarte semnificative.

Când nu avem succes, când ne fixăm pe identificarea sau contraidentificarea cu pacienții noștri, conflictele sau obiectele lor, și când conflictele renăscute în noi prin lucrul cu un pacient ne domină devenim închiși printr-un fel de contratransfer; apoi susținem sau chiar inițiem acțiune și puneri în scenă în loc de analize. Așadar, după cum vedeți, în fiecare caz, cu siguranță atunci când suntem incompetenți, dar chiar și atunci când lucrăm extrem de bine, a face analiză poate avea efecte nocive asupra „ustensilelor" analistului.

Permiteți-mi să folosesc următorul aspect pentru a explica ceea ce vreau să spun: Ce se întâmplă când se încalcă granițele într-o analiză? Presupunem pur și simplu că analistul a avut o analiză inadecvată și a reușit cumva să se strecoare printre picături? Presupunem că cei care

încalcă limitele sunt persoane care, în sinea lor, sunt narcisici, că *toți* suferă de depresie, tulburări impulsive, o slabă rezistență la frustare, Euri slabe și Supraeuri și mai slabe? Presupunem că toți aceștia au scăpat atenției analiștilor lor? Un lucru pe care putem probabil să-l presupunem este că analiștii care au încălcat o limită aproape sigur nu s-au așteptat ca aceasta să se fi întâmplat vreodată. În anii lipsiți de probleme era posibil ca ei să se fi gândit, atunci când auzeau despre un analist care a depășit limitele — exact cum poate faci tu acum —, că un astfel de lucru nu ar putea să li se întâmple și lor vreodată.

Nu există nici o îndoială că sunt câțiva indivizi cu probleme care se strecoară prin sistem și indivizi care se potrivesc celor mai sumbre dintre stereotipurile noastre. Cu toate acestea, cred că aceștia sunt o mică minoritate și, neținând seama de ei, majoritatea cercetătorilor care au raportat încălcări ale limitelor (Gabbard, Peltz și COPE Study Group, 2001; discuții nepublicate despre etică și analiști incompetenți au circulat pe internet pe listele de mail ale membrilor American Psychoanalytic Assocciation, 2001) susțin că narcisismul, depresia, lipsa de control al impulsurilor, slaba toleranță la frustare și funcționarea defectuoasă a Eului și Supraeului, atunci când erau prezente, erau de obicei doar în formă latentă în cazul majorității analiștilor, înainte ca ei să înceapă să aibă probleme. Acest lucru este interesant: doar în formă latentă. Ei raportează un amestec al acelor factori care tind să se transforme din latent în activ, sub presiunea unor crize din viața analistului, iar în același timp asupra lui se pune o presiune foarte mare, direct complementară cu un mediu de transfer cu un anumit pacient. Accentul în aceste rapoarte (și în altele până acum nepublicate, de care știu eu) se pune pe faptul că a se constitui ca țintă instinctuală imediată pentru pacient va determina apariția unei crize în viața psihanalistului. Astfel, de exemplu, un analist cu unele dintre problemele latente amintite, în momentul unui divorț urât și umilitor, ar putea să se îndrăgostească și să manifeste aceasta cu un pacient care îl admiră profund printr-un transfer foarte încărcat erotic. E nevoie de o criză în viața analistului, nu numai de prezența pacientului său, pentru a i se reactiva conflictele latente. Dar odată acele conflicte (diferind cu siguranță de la analist la analist) readuse la viață, putem vedea cum presiunile de a face această muncă pot să-l compromită în continuare pe analist.

Permiteți-mi să pun un pic lucrurile la locul lor, pentru că nu este neapărat necesar să ne manifestăm atât de grosolan, sau să fim într-o criză a vieții noastre, pentru a fi greu încercați de munca noastră. Și nici fiecare caz în care vom fi greu încercați nu va fi unul negativ. Foarte des,

chiar și cele mai *constructive* situații analitice pot să provoace un potențial conflict de dezorganizare și anxietate. Lăsați-mă să vă dau un exemplu care va demonstra cum și de ce conflictul personal intens nu este exclusiv legat de punerea în scenă a contratransferului; vă voi arăta, de asemenea, cum anxietatea nu poate doar să deterioreze, dar cum poate și să faciliteze empatia, depinzând de circumstanțe. Vreau să vă povestesc despre un pacient de sex masculin într-o analiză de formare, despre care am vorbit mai pe larg într-o altă lucrare (Lasky, 1989). În timpul analizei a dezvoltat o panică legată de o homosexualitate intensă și incomodă. A căutat prin fanteziile lui și, prin transfer, o explicație a dorințelor și fricilor puternice, dar în același timp repulsive, însă fără succes. Ca toți bărbații, a trecut printr-o fază Oedip pasivă negativă. A abandonat dorințele din acea fază și le-a îngropat amintirea, la fel ca majoritatea bărbaților, sub presiunea anxietății de castrare. De ce nu a găsit sursa panicii sale homosexuale mai ales în transfer? Era, cu siguranță, o parte a psihicului său, dar pe vremea aceea nu era o trăsătură dominantă a transferului lui cu mine (și știm, cu siguranță, că în psihanaliză coordonarea este crucială). Astfel, fără să-și fi rezolvat problema prin transfer, dorințe homosexuale ego-distonice disturbante au continuat să apară, dând curs la fantezii care l-au făcut să se simtă „demasculinizat". Această chestiune a rămas neelucidată destul de mult timp, până când a început să vorbească despre un pacient relativ nou pe care îl trata, un caz de control — o femeie care și-a început analiza cu el, cu trei sau patru luni înainte ca panica lui legată de homosexualitate să survină. Se pare că problema cu care s-a prezentat era frica de penetrare, în același timp, considerând ideea de penetrare incredibil de excitantă, aproape de necontrolat, ceea ce i-a creat femeii o stare de tensiune constantă, acesta fiind modul în care au început să se contureze dificultățile pentru pacientul meu — analistul femeii respective. Pentru a putea aprecia ceea ce era de temut pentru ea și pentru a înțelege cealaltă parte a sentimentelor ei, excitarea intensă legată de penetrare, pacientul meu a trebuit să se identifice cu ea. Dar cum se putea ca el, ca bărbat, să aprecieze fie intensitatea excitației de a fi penetrată, sau intensitatea fricii sale, atâta vreme cât identificările lui feminine — și în special cele asociate cu sexualitatea — fuseseră abandonate sau suprimate fără milă; adică forțate să existe exclusiv în inconștient?

Acest pacient al meu era un analist bun și foarte potrivit pentru această muncă, în ciuda panicii pe care i-o inducea, era capabil să reactiveze (nu să-și amintească, ci să reactiveze) dorințele și fricile sale pasive, negative, din faza Oedip, pentru a se identifica așadar cu clientul său. Nu sugerez că era neapărat conștient de ce făcea. A făcut-o automat și inconștient.

Pacientul meu, așa cum fac toți analiștii buni, a scos din hibernare dorințe și frici pline de conflicte ca bază pentru identificarea necesară cu clienta sa și problemele acesteia. Reapariția acelor conflicte nu a avut loc într-o formă intelectualizată a amintirilor din trecutul său — adică nu și-a amintit acele dorințe și frici vechi din relația cu tatăl său, care constituiau contextul lor originar. În schimb, el le-a experimentat ca și cum ar fi fost noi și întâmplându-se din nou în prezent.

Puteți să vă gândiți că, bărbat fiind, nu ar fi vreodată capabil să cunoască — să cunoască cu exactitate — acele dorințe și frici în același mod în care o femeie matură le resimte. Veți avea dreptate, cu siguranță. De fapt, dincolo chiar de problemele legate de sex, știm că nimeni nu poate vreodată să cunoască exact ce simte altcineva. Însă, dacă vrei să te apropii cât mai mult de experiențele de viață ale unei alte ființe umane, acest proces de identificare, câteodată atât de dureros, este singurul mod de a o face. Asta este ceea ce facem noi, analiștii: ne expunem unor conflicte serioase, de multe ori pe zi, în fiecare zi de muncă a vieții noastre, pentru a intra în contact cu pacienții noștri. Și aceasta trece dincolo de munca noastră; conflictele simulate de munca noastră vor depăși limitele rolului nostru, ne vor deranja somnul și se vor impune — câteodată înspăimântător — în multe, dacă nu în majoritatea altor arii ale vieților noastre de dinafara muncii active.

Nu fiecare identificare este bazată pe un material atât de conflictual, dar în ciuda acestui fapt, tot trebuie să experimentăm conflicte, de multe ori, pe măsură ce ne identificăm cu pacienții noștri, obiectele lor și conflictele lor specifice. De fiecare dată când examinăm punerea în scenă a unui contratransfer, luăm prezența conflictului în noi de bună. Însă, un nivel înalt de conflict activat nu este limitat la contratransfer; amintiți-vă că prezența sa este necesară tocmai pentru ca noi să fim adecvat conectați la pacienții noștri (adică să avem empatie pentru ei la nivelurile lor cele mai conflictuale, prin experimentarea identificărilor *tranzitorii* cu ei la nivelurile noastre cele mai conflictuale). Și dacă ceea ce am spus până acum este aplicabil muncii cu o varietate extraordinară de nevrotici, miza este considerabil crescută în munca noastră cu pacienții cu probleme mai grave. Nici măcar nu începi să cunoști ceva despre viața interioară a unui pacient borderline tipic, de exemplu, fără să experimentezi o anumită încărcătură de funcționare regresivă dureroasă în tine însuți, în timpul tratării persoanei respective.

Expunerea constantă la conflicte este traumatizantă, chiar și atunci când este vorba de conflictele altcuiva, iar expunerea constantă la reactivarea propriilor conflicte este cu atât mai traumatizantă. Este un efort

de lungă durată care poate eroda chiar și cele mai puternice constituții. Este exact ceea ce am intenționat să spun când am afirmat că personalitatea analistului este supusă în mod constant riscului. Tocmai de aceea analiza de formare a devenit centrală din punctul de vedere al importanței.

Expunerea mea despre riscul implicat în exercitarea acestei profesii nu este un mesaj pesimist (sau o garanție) de condamnare. A fi „supus riscului" nu are ca rezultat definitoriu a fi „distrus"; nu este același lucru cu „rănit deja" și nu implică în mod automat că rezultatul va fi negativ. Este bine știut, de exemplu, că resimțirea contratransferului și punerea în scenă nu sunt necesar permanente și pot uneori să fie folosite în scopuri foarte bune — atunci când cineva nu mai este sclavul lor. De fapt, câteodată doar în situațiile dificile este posbil să vedem și să apreciem dimensiunile subtile ale pacientului și ale transferului, care până atunci ne-au ocolit. Și mai este încă o față pozitivă a acestui fapt. Valoarea experimentării conflictelor readuse la viață nu este limitată doar la a înțelege pacientul și tratamentul mai bine; rezolvarea progresivă a acelor conflicte aduce după sine evoluții în consolidarea/fortificarea aparatului nostru psihic, iar acest gen de creștere este bazat pe o singură cale de autocunoaștere pe care nu o putem dobândi în nici un alt fel (în afara situației în care ne întoarcem noi în analiză).

Ne străduim să ne facem munca cum putem mai bine, cu toate că, și uneori pentru că, suntem oameni imperfecți, conflictuali. În vreme ce îi ajutăm pe pacienții noștri, continuăm noi înșine să creștem o dată cu ei. Pentru analiști, a rămâne într-un fel de statu-quo psihologic nu este posibil, cu excepția unor momente pe termen scurt; iar pe termen lung, singura noastră alegere este de a regresa sau de a merge mai departe. Dacă ne supunem riscului distrugerii psihologice făcând acest târg, atunci putem spune că este mai mult decât echilibrat prin această oportunitate specială de creștere personală; oportunități de dezvoltare personală neegalate de nici o altă profesie la care mă pot gândi.

Acum mă întorc pentru ultima dată la importanța centrală a analizei personale, pentru că baza pentru acest avantaj constă în analiza de formare. Analiza de formare, în mod intuitiv, dacă nu în mod intenționat, acordă atenție în particular stabilirii tipurilor de resurse ale Eului și Supraeului necesare pentru a face față atacului constant al conflictelor experimentate într-o viață de analiză profesională; ca analiști de formare, de obicei, lucrăm un pic mai aproape de os, cum s-ar putea spune. Dezvoltarea a ceea ce considerăm de obicei a fi un „Eu analitic" și un „Supraeu analitic", pe care le considerăm cruciale pentru această direcție,

nu este pur și simplu o identificare simplă și directă cu Eul și Supraeul analitic ale analistului de formare. Dacă ar fi așa, ar fi doar (într-o definiție simplistă) un fel de cură de transfer. În schimb, aceasta nu este stabilită decât printr-o extrem de adâncă analiză — și doar atunci vedem dezvoltarea acelor funcții ca mărturie a unui nivel foarte ridicat de structuralizare a psihicului care susține munca pe care noi o facem. Nimeni nu atinge vreodată un nivel de completă eliberare de conflicte, dar manifestările infantile și soluțiile fracționale la conflictele noastre sunt diminuate substanțial prin concentrarea și adâncimea analizelor noastre de formare. Apoi, acele capacități psihice sunt atât puse la încercare, cât și fortificate prin munca prin care ne ducem viețile. Viețile noastre psihice vor continua să fie examinate constant atunci când rezonăm, și nu numai în timpul orelor de lucru, ci și prin fapticul apărut în noi în urma analizei pacienților noștri.

Bibliografie:

Freud, S., „Future prospects for psycho-analytic therapy" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 11, J. Strachey (ed. și trad.), Hogarth Press, Londra, 1957, p. 139-151

Freud, S., „Observations on transference love" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 12, J. Strachey (ed. și trad.), Hogarth Press, Londra, 1958, p. 157-171

Freud, S., „Recommendations to physicians practicing psycho-analysis" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 12, J. Strachey (ed. și trad.), Hogarth Press, Londra, 1958, p. 109-120

Freud, S., „The ego and the id" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 19, J. Strachey (ed. și trad.), Hogarth Press, Londra, 1961, p. 12-66

Gabbard, G.O., Peltz, M.L., și COPE Study Group on Boundary Violations, „Speaking the unspeakable: Institutional reactions to boundary violations by training analysts" în *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*, 2001, p. 659-673

Lasky, R., „Some determinants of the male analyst's capacity to identify with female patients" în *International Journal of Psycho-Analysis, 70*, 1989, p. 405-418

Capitolul 3

Rolul terapiei personale în formarea analistului jungian

de Thomas B. Kirsch

Analiza personală este fundamentală în formarea analistului jungian; scopul capitolului de față este de a descrie evoluția analizei de formare în psihologia analitică și de a prezenta câteva probleme legate de practica acesteia.

Introducere istorică

Jung a fost primul care și-a dat seama de necesitatea analizei de formare, în 1912, pe când colabora cu Freud, care a recunoscut această importantă contribuție notând: „Consider că unul dintre valoroasele servicii aduse școlii de analiză de la Zürich este faptul că ei au pus accentul pe această necesitate și au stabilit-o ca pe o cerință pentru ca oricine dorește să practice analiza celorlalți să fie mai întâi supus la analiză de o persoană competentă" (Freud, 1912, p. 116).

După ruptura de Freud, Jung a intrat într-o lungă perioadă de introversie, experimentând multe imagini și fantezii pe care nu le putea explica folosind teoriile lui Freud. La început, s-a referit la acestea ca „imagini primordiale" (Jung, 1961), mai târziu ca „imagini arhetipale". Aceste evenimente, fundamentale pentru analiza de sine și descrise în *Memories, Dreams, Reflections (Amintiri, Vise, Reflecții)*, în capitolul „Confrontation with the Unconscious" („Confruntare cu inconștientul"), formează baza tuturor teoriilor sale următoare (Jung, 1963). Jung a descris atunci un nivel colectiv al inconștientului, care credea el că include potențialul creativ, extinzând imaginea lui Freud despre inconștient, considerat de acesta din urmă ca fiind depozitul materialului infantil reprimat. În cadrul lui teoretic, analiza personală era baza formării unui analist profesionist. În 1946, Jung a scris următoarele despre analiza

de formare: „Oricine intenționează să practice psihoterapia ar trebui mai întâi să se supună unui «analist formator», totuși nici cea mai bună pregătire nu va fi suficientă pentru a-l învăța totul despre inconștient... O golire completă a inconștientului iese din discuție, în primul rând pentru că puterile sale creatoare vor produce continuu alte formațiuni" (1946, p. 177).

La sfârșitul Primului Război Mondial, persoane din toată lumea, mai ales vorbitorii de limbă engleză, au venit la Jung pentru consultație și analiză. Ca rezultat al analizelor lor și al transferurilor asupra lui Jung, mulți au dorit să devină analiști. Veniseră din nevoi personale, dar erau transformați literalmente în practicieni ai unei noi profesii. Pe lângă analiză, Jung a ținut un seminar în limba engleză, în timpul anului academic, la care i-a invitat să ia parte pe mulți dintre analizanzi. Seminariile în limba engleză au continuat până în 1939, când a survenit al Doilea Război Mondial, și nu au mai fost reluate niciodată, pentru că, după primul atac de cord din 1944, Jung și-a redus activitatea. Majoritatea celor care l-au căutat pe Jung între anii 1920 și 1930 au consultat și un alt analist în timpul ședерii lor în Zürich. De obicei, aceasta era Toni Wolff, care i-a servit lui Jung drept prim asistent. După Joseph Wheelwright, „marile vise" îi erau aduse lui Jung, în timp ce Toni Wolff era cea care se ocupa de materialul mai personal (Wheelwright, 1975). Această practică era numită „analiză multiplă", cu analizandul consultând mai mult decât un analist. Cei care vorbeau limba germană puteau să participe la prelegerile săptămânale ale lui Jung ținute în cadrul Zürich's Eigenosse Technische Hochschul (ETH, unde Jung era profesor de psihologie).

După o perioadă nedeterminată de timp se primea o scrisoare de la Jung în care se nota că el sau ea era califiat/ă să practice analiza utilizând metodele lui Jung; de multe ori, persoana în cauză se întorcea să practice analiza jungiană în țara de origine. Criteriile de eligibilitate ale lui Jung pentru a primi această scrisoare de acceptare nu erau niciodată explicite. Unora el le sugera mai multă pregătire, o diplomă în medicină sau psihologie, în timp ce altora nu le făcea nici o astfel de recomandare. La fel ca și în perioada de început a lui Freud, multe persoane, lipsite de scrisori de acreditare academice, au devenit analiști doar pe baza analizei personale.

Așa stăteau lucrurile până în 1948, când Institutul C.G. Jung din Zürich și-a deschis porțile pentru începerea formării științifice, punând capăt perioadei când o analiză personală cu Jung sau cu unul dintre asociații lui direcți reprezenta singurul criteriu de a deveni analist. După

1948, pe lângă analiza personală, pentru absolvire se cerea și programa analitică. Aceste cerințe erau instituite peste tot în lume, în 1955, atunci când s-a înființat International Association for Analytical Psychology (Asociația Internațională pentru Psihologie Analitică). Chiar dacă acum este parte a unui proces instituționalizat, analiza personală a rămas fundamentală formării. Înainte de a intra în detalii, aș dori să prezint câteva dintre conceptele-cheie ale psihologiei analitice.

Concepte-cheie

Visele. Importanța lucrului cu visele este supremă, cu accent pe conținutul manifest. Visul este văzut ca o „dramă interioară", compensatorie atitudinii conștientului. Nu este examinat numai acel „de unde" al visului, având o origine retrospectivă, dar și prospectivul „încotro" — adică dezvoltarea potențială pe care o indică visul.

Tipul psihologic. Factori importanți influențând multe analize sunt cele două atitudini ale lui Jung: introversia și extraversia, și cele patru funcții ale sale: senzația, intuiția, gândirea și simțirea.

Transfer și contratransfer. Deși împrumutați din psihanaliză, acești termeni au un înțeles diferit pentru psihologia analitică. Transferul include nu numai proiecții din figurile familiei trecute, dar și potențial pentru dezvoltarea viitoare, încă latente în inconștient, proiectate asupra analistului.

Relație dialectică. Analizandul și analistul sunt egal implicați în relația analitică. Reacțiile subiective ale analistului sunt o parte integrantă a terapiei și nu sunt văzute doar drept contratransfer nevrotic. Și nici analistul jungian nu este considerat un ecran alb.

Simbolic versus dezvoltare. Există o divizare de bază între acei junghieni care folosesc o abordare bazată mai mult pe dezvoltare și care includ teorii psihanalitice postfreudiene în orientarea lor și cei care aderă îndeaproape la scrierile de bază și metodele de lucru ale lui Jung, cum au fost transmise de cei care au analizat împreună cu el. Majoritatea junghienilor cad însă între cele două extreme. Depinzând de abordare, aceasta va avea un impact asupra numărului de ședințe pe săptămână, utilizarea canapelei versus scaun, accentul pe interpretările transferului/contratransferului, importanța dezvoltării timpurii și natura interpretării viselor.

Principii de formare în Statele Unite și în Europa

Pe lângă diferențele teoretice și tehnice dintre junghieni, există și o serie de probleme politice care se constituie într-o mare varietate de analize de formare. De exemplu, în Anglia, influența kleinienilor și a teoreticienilor britanici privind relațiile de obiect este foarte puternică. În Statele Unite, care duc lipsă de o organizație națională jungiană, situația formării este foarte diferită de toate celelalte țări, unde o organizație națională determină standarde de formare. În Statele Unite, fiecare institut local acreditat la International Association for Analytical Psychology (Asociația Internațională pentru Psihologie Analitică) trebuie doar să adere la standardele minimale de bază ale asociației internaționale, după care este liber să își impună propriile standarde. Există o mare varietate în ceea ce privește institutele de formare din Statele Unite, în accentul pe care acestea îl pun pe dezvoltare sau pe teoriile și metodele junghiene clasice.

O altă problemă importantă este categoria „analist de formare". Majoritatea insitutelor de formare importante au stabilit o astfel de categorie. San Francisco Institute (Institutul San Francisco), unde eu m-am format, nu este un caz aparte. Fondatorii au considerat că această categorie „analist de formare" ar crea o ierarhie problematică; și-au dorit, de asemenea, să ofere candidaților în formare posibilitatea de a alege dintr-o plajă largă de analiști personali; oricum, ei au stipulat că, pentru a supraveghea lucrul cu un candidat, analistul trebuie să fi fost membru permanent pentru cinci ani. Politica aceasta pare să fi promovat deschidere celor două teorii junghiene — de dezvoltare și clasică — și să fi înlăturat tensiunile inevitabile care se pare că sunt conținute, fără a genera disensiuni.

O altă problemă politică este rolul analistului personal în evaluarea unui aplicant în timpul procesului admiterii sau a candidatului în timpul formării. În perioada de început a Institutului Jung din Zürich, analistul personal era direct implicat în procesul de evaluare (Hillman, 1962b, p. 8). Până recent, multe alte institute importante au urmat acest exemplu. În San Francisco Institute, analistului personal nu i se permitea să participe la admiterea analizandului său sau a analizandei sale ori la procesul de evaluare, asta ca să nu fie supraîncărcată și așa dificila muncă din analiză și să prevină ca materialul analitic perturbator să fie ascuns de candidat analistului, din cauza fricii ca această informație să nu devină un impediment în trecerea la o fază de formare următoare.

Probleme curente în formare

Dat fiind că acum știm care sunt problemele legate de limite în analiză și ce se întâmplă când acestea sunt depășite, această politică s-a schimbat în toate institutele de formare din lume. Filosofia este de a păstra confidențialitatea analizelor personale ale tuturor candidaților. Sarcina de a evalua candidații a căzut acum pe umerii comitetelor de analiză, care strâng informațiile de la conducătorii de seminar, supervizori și analiști de control.

În ciuda acestor asigurări, există o mare probabilitate ca analistul să-l privească pe candidatul în analiză diferit față de ceilalți analizanzi. În primul rând, persoana care intră în analiză cu ideea de a deveni analist are un scop bine definit, o țintă dincolo de propria terapie. Această persoană dorește să aibă o analiză care să-i servească scopului Eului său de a deveni analist, ceea ce implică formarea unei identități cu analistul, adesea crescând numărul de probleme nerezolvate atât pentru analist, cât și pentru analizand. Un astfel de scop este în mod evident diferit de al unei persoane care merge la analiză pentru a se elibera de simptome. În terapiile de nonformare, există un punct final, când analistul și analizandul se despart, în timp ce în analiza de formare este o conexiune continuă în lumea profesională pe care cei doi o împart. Un alt mod de a exprima lucrul acesta este în termenii tensiunii dintre individualitate și responsabilitatea colectivă. Analistul personal de formare trebuie, pe de o parte, să onoreze expresia individuală a analizandului; pe de altă parte, se pune problema unei responsabilități colective pentru comunitatea de junghieni de a susține anumite valori de bază. Fiecare analist are o relație individuală cu grupul profesional, iar candidatul trebuie să își croiască propria relație independentă cu aceeași comunitate profesională. Mare parte din această muncă are loc în timpul analizei de formare, dar întrebarea rămâne dacă este posibilă vreodată o relație cu adevărat independentă, liberă de reziduurile transferului.

Cunoștințele academice ajută la orientarea analistului de dezvoltare, dar analiza personală oferă modelul pentru munca lui/ei profesională. Cu timpul și căpătând experiență, noul analist își dezvoltă un stil unic, care continuă să se îmbunătățească pe parcursul carierei sale profesionale.

Analiza de formare

Din experienţa mea, majoritatea analiştilor junghieni beneficiază de mai multe analize decât este necesar pentru absolvire sau certificare. Cerinţa obişnuită pentru un candidat admis este de a avea un minimum de 100-200 de ore de analiză personală înainte de a începe formarea. Majoritatea programelor cer candidaţilor să fie în analiză în timpul perioadei de formare. Mulţi analişti junghieni se întorc în analiză atunci când li se ivesc diferite situaţii în viaţă. De fapt, analiştii sunt încurajaţi să se întoarcă în analiză în momente nodale. Şi Freud a considerat că oricine ar trebui să se întoarcă în analiză la fiecare 5 ani, doar că în acele timpuri analizele erau mult mai scurte. Comunitatea de junghieni fiind relativ restrânsă, este foarte probabil ca membrii să se cunoască între ei, de aceea mulţi dintre analişti merg în analiză la nonjunghieni. Mai mult decât atât, în ziua de astăzi, terenul psihanaliştilor şi al psihologilor analişti este mult mai comun decât în perioada de început, astfel că mulţi analişti junghieni doresc ca materialul lor personal să fie tradus şi prin alt limbaj sau filosofie ori prin altă şcoală.

Adesea, unui candidat în formare jungiană i se recomandă să beneficieze de analize atât cu un bărbat, cât şi cu o femeie sau cu un analist al unui anumit tip ori atitudini psihologice, în credinţa că sexul şi tipul psihologic influenţează natura dialecticii în moduri considerabile pentru dezvoltarea candidatului. La practica de a vedea mai mult de un analist, în acelaşi timp, s-a făcut referire anterior ca *analiză multiplă* şi a fost examinată mai amănunţit într-o altă lucrare (Kirsch, 1976), aceasta fiind mult discutată în cercurile junghiene. Pe de o parte, analiza multiplă atenuează şi rupe transferul, pe de altă parte este evocat un material nou şi valoros. Astăzi, cu sensibilitatea noastră crescută la problemele legate de transfer, practica de a vedea mai mult de un analist în timpul formării a devenit mai puţin obişnuită.

Fordham (1962) a oferit o explicaţie raţională pentru numeroasele ore de analiză personală de care analiştii junghieni beneficiază astăzi. El afirmă că este important pentru candidaţii în formare să experimenteze în ei înşişi atât de multe stări psihopatologice pe cât este posibil. De fapt, el încurajează candidaţii să experimenteze aceste stări psihopatologice în analizele lor de formare, pentru că astfel vor fi mult mai pregătiţi să facă faţă aceloraşi probleme ca analişti. În aceeaşi măsură, candidaţii pot învăţa să identifice părţile lor sănătoase, şi, prin urmare, nu necesită lucrul analitic, acestea servindu-le apoi drept sursă de putere (Fordham, 1962).

Limite ale analizei personale

Fordham mai spune că există o legătură nerezolvabilă patologică între orice pacient și analistul/analista său/sa, indiferent de durata analizei. Acest factor va influența, de asemenea, analiza de formare. Elucidarea completă a fazei embrionare și a copilăriei va minimiza influența complexelor nerezolvate asupra relațiilor analitice pe care noul analist le va forma cu analizanzii săi următori. Oricum, anumite experiențe traumatice pot fi rezolvate, dar nu neapărat schimbate, de aici conceptul de „vindecător rănit".

Majoritatea complexelor nerezolvate ale unui candidat sunt proiectate pe societatea locală în care el/ea va practica. Astfel, comunitatea profesională, într-o oarecare măsură, este văzută prin prisma familiei-de-origine a candidatului respectiv, în ambele lumini, pozitivă și negativă. În același timp, sunt multe reziduuri de transfer/contratransfer între membrii individuali, care nu sunt niciodată pe deplin „rezolvați" și care există în cadrul fiecărei societăți, indiferent de școala filosofică sau metoda analitică; măsura și intensitatea acestor diferențe, mai îndepărtate decât orice dezacord filosofic, determină fie ca grupul să rămână unit, fie să se dividă (Kirsch, 2000).

O căutare de o viață a evoluției interioare și a dezvoltării personale este sine qua non-ul analistului jungian. Psihologia analitică a trecut prin multe schimbări în evoluția sa ca profesie și ca disciplină psihanalitică, totuși, de-a lungul întregii sale istorii, o analiză personală rămâne de bază în formarea analistului jungian actual.

Bibliografie:

Edinger, E., Comentariu în *Journal of Analytical Psychology, 6* (2), 1961, p. 116-117

Fordham, M., Răspuns în *Journal of Analytical Psychology, 7* (1), 1962, p. 24-26

Fordham, M., „Reflections on training analysis" în *The Analitic Process*, Joseph B. Wheelwrght (ed.) Putman, New York, 1971, p. 172-184

Fordham, M., Comentariu în *Contemporary Psychoanalysis, 12*, 1976, p. 168-173

Freud, S., „Recommendations to physicians on the psychoanalytic method of treatment" în *The standard editon of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 12, J. Strachey (ed. și trans.), Hogarth Press, Londra, 1958, p. 109-120

Guggenbiihl-Craig, A., *Power in helping professions*, Spring, New York, 1971
Hillman, J., „A note on multiple analysis and emotional climate at training institutes" în *Journal of Analytical Psycholoy, 7* (1), 1962a, p. 20-22
Hillman, J., „Training and the C. G. Jung Institute, Zürich" în *Journal of Analytical Psychology, 7* (1), 1962b, p. 3-18
Jung, C.G., „The theory of psychoanalysis" în *Collected works*, vol. 4, F.C. Hall (trans.), Pantheon, New York, 1961, p. 85-226
Jung, C.G., „Psychology of the transference" în *Collected works*, vol. 16, F.C. Hall (trans.), Pantheon, New York, 1964, p. 163-321
Jung, C.G., „Psychological types" în *Collected works*, vol. 6, F.C. Hall (trans.), Pantheon, New York, 1961, p. 197
Jung, C.G., *Memoires, dreams, reflections*, A. Jaffe (ed.), R. Winston şi C. Winston (trad.), Random House, New York, 1963, p. 85-226
Kirsch, T., „The practice of multiple analysis in analytical psychology" în *Contemporary Psychoanalysis, 12*, 1976, p. 159-167
Kirsch, T., „Analysis in training" în *Jungian analysis*, M. Stein (ed.), La Salle, Illinois, 1995, p. 437-450
Kirsch, T., *The Jungians*, Routledge, London, 2000
Marshak, M.O., „The significance of the patient in the training of the analysts" în *Journal of Analytical Psychology, 9* (1), 1964, p. 80-83
Newton, K., „Personal reflections on training" în *Journal of Analytical Psychology, 6* (2), 1961, p. 103-106
Plant, A., „A dynamic outline of the training situations" în *Journal of Analytical Psychology, 6* (2), 1961, p. 98-102
Samuels, A., *Jung and the post-Jungians*, Routledge şi Kegan Paul, Boston, 1985
Spiegelmann, M.J., „The image of the Jungian analyst" în *Spring*, 1980, p. 101-116
Stone, H., „Reflections of an ex-trainee on his training" în *Journal of Analytical Psychology, 9* (1), 1964, p. 75-79
Wheelwright, J.B., „A personal view of Jung" în *Psychological Perspectives, 6*, 1975, p. 64-73

Capitolul 4

Terapia personală şi dezvoltarea în terapiile experienţial-umaniste

de Robert Elliott şi Rhea Partyka

Tradiţia experienţial-umanistă în psihoterapie subsumează mai multe terapii care împărtăşesc aceleaşi concepte-cheie şi valori. Aceste terapii includ abordări clasice, cum ar fi cele centrate pe persoană (de ex.: Rogers, 1961), Gestalt (de ex.: Perls, Hefferline şi Goodman, 1951) şi existenţiale (de ex.: Schneider şi May, 1995), precum şi abordări neo-umaniste cum ar fi cele focalizate (de ex.: Gendlin, 1996), experienţiale (de ex.: Mahrer, 1989) şi psihoterapiile procesual-experienţiale/focusate pe emoţie (de ex.: Greenberg, Rice şi Elliott, 1993). Chiar dacă terapeuţii din această tradiţie diferă prin modul în care îşi tratează clienţii, toţi împărtăşesc un set de valori comune (Elliott, Watson, Goldman şi Greenberg, în presă) printre care se numără suportul pentru experienţele imediate, hotărârea de sine, pluralismul/egalitatea personală şi politică, integritatea, prezenţa sau autenticitatea terapeutului şi dezvoltarea personală pe toată durata vieţii.

Această ultimă valoare induce faptul că, în aceste terapii, indivizii sunt văzuţi ca posedând o tendinţă de creştere, privită ca o permanentă-prezentă tendinţă de dezvoltare care formează baza schimbării terapeutice. Această tendinţă include un proces continuu de reorganizare a experienţelor la niveluri din ce în ce mai ridicate de complexitate, în acelaşi timp menţinând şi intensificând sinele, precum şi atingând maximumul de flexibilitate creativă în orice mediu s-ar afla indivizii (Greenberg şi alţii, 1993). Există două resurse importante care susţin această tendinţă de creştere: conştiinţa de sine şi o viaţă întreagă de învăţături şi experienţe. Un terapeut poate şi ar trebui să îşi susţină tendinţa de creştere prin activităţi de dezvoltare personală care stimulează conştiinţa de sine într-o varietate întreagă de contexte.

În acest scurt capitol vă oferim o privire de ansamblu asupra muncii de creștere personală a psihoterapeutului, vitală pentru a trăi aceste valori și pentru a deveni competent ca terapeut experiențial-umanist. Astfel, susținem că terapia personală este valoroasă doar în măsura în care facilitează creșterea personală, în contextul unei terapii care pune accent pe conștiința experienței imediate și susține acțiunea personală — toate acestea găsindu-și loc într-o relație terapeutică egalitară, autentică, al cărei scop este atingerea plenitudinii prin integrarea multiplelor, de multe ori conflictuale, aspecte ale sinelui.

Mai mult decât atât, această tradiție recunoaște (fiind pionieră prin aceasta) alte practici care facilitează creșterea personală în afara psihoterapiei formale. Aceste alte căi includ seminariile experimentale de formare in vivo, grupurile de dezvoltare, ținerea de jurnale intime, extinderea experiențelor de viață. Multe dintre aceste activități au scopuri multiple, incluzând atât creșterea educațională, cât și creșterea personală, și, în unele cazuri, gestionarea problemelor.

Funcțiile terapiei personale și ale dezvoltării

Continuarea dezvoltării terapeutice este vitală, pentru că terapeuții experiențial-umaniști au nevoie de mai mult decât de cunoștințe tehnice. Ei contează pe persoana terapeutului ca fiind sincronizată empatic experimentării clientului; apreciind punctele slabe ale clientului, precum și vulnerabilitățile acestuia; tolerând laturile grosolane ale acestuia și împunsăturile interpersoanle și fiind prezent în mod autentic. Aceasta înseamnă a fi conștient de sine, incluzând conștiința punctelor oarbe ale unei persoane și ale sensibilităților specifice; a avea o relație bună cu diferitele aspecte ale sinelui altcuiva și fiind capabil de a gestiona conflicte, inconsistență și ambiguitate — atât în sine însuși/însăși, cât și în ceilalți.

Mai exact, terapia personală și alte activități de dezvoltare servesc câtorva funcții importante. În primul rând, ele *oferă învățare prin experiență.* În cadrul tradiției experiențial-umaniste, experiența trăită direct este presupusă a conduce la o mai bogată, mai folositoare învățare (cunoștințe dobândite direct prin familiarizare versus cunoștinte dobândite descriptiv). O astfel de „învățare ancorată" (Binder, 1999) este mult mai ușor reținută și astfel mult mai accesibilă pentru a fi folosită ulterior cu clienții. În al doilea rând, terapia personală și alte activități de dezvoltare sunt menite să *ofere baza pentru veridicitatea și autenticitatea*

terapeutului în relația cu clienții (deși nu există nici o cercetare științifică în sprijinul acestei afirmații). În orice caz, dacă terapeutul a experimentat personal procesul pe care el sau ea îl oferă clientului, oferta are o mai mare greutate morală. În al treilea rând, aceste activități *sporesc empatia și aprecierea terapeutului.* Dacă terapeutul a trecut personal prin ceea ce este oferit clientului, el sau ea va fi capabil/ă să înțeleagă experiența clientului și aceasta îl/o va ajuta să răspundă mai bine experimentării de fiecare moment a clientului. În al patrulea rând, terapia personală oferă un mijloc de a *gestiona stresul și vulnerabilitea legate de formare.* Pentru că a fi psihoterapeut solicită foarte mult terapeutul ca persoană și pentru că, în mod obișnuit, imaginea de sine a terapeuților în formare este foarte legată de imaginea lor ca psihoterapeuți, ei abordând procesul de formare cu o vulnerabilitate și anxietate considerabile (Rennie, 1998).

Autorii din tradiția experiențial-umanistă au susținut adesea cu putere faptul că terapeuții în formare trebuie să beneficieze de o activitate privind evoluția personală, incluzând terapia. Vom da exemplu câteva dintre aceste argumente, organizate în diferite orientări: centrată pe persoană, Gestalt, existențială și procesual-experiențială.

Terapia centrată pe persoană

Terapia personală este întotdeauna încurajată în terapiile centrate pe persoană. De exemplu, Garfield și Kurtz (1976) au descoperit că, atunci când sunt comparați cu terapeuții din orientarea teoretică a învățării, terapeuții din orientările rogeriană, umanistă și existențială au avut mai multe considerații pozitive în ceea ce privește psihoterapia personală. Oricum, considerațiile lor erau într-o mică măsură mai puțin favorabile decât ale terapeuților din grupările analitică și neofreudiană.

O temă comună în formarea terapeuților centrați pe client este aceea că un candidat este angajat într-un proces de „devenire personală" (Patterson, 2000), ceea ce implică o dezvoltare dincolo de conștiința de sine sau relațiile cu clienții și o flexibilitate de a fi mai deschis către ceea ce îi aparține cuiva, către experiențele clientului. De exemplu, Rennie (1998) sugerează că este important pentru candidați să învețe să se simtă confortabil în lucrul cu propriile experiențe interioare, mai ales când acestea implică anumite ezitări, nesiguranțe și îndoieli.

În dezvoltarea terapiei centrate pe client, accentul inițial pus pe tehnică a fost diminuat, în anii 1940 și 1950, pe când atenția acordată experienței candidatului și atitudinilor relaționale a crescut. Astfel, Pagell, Carkhuff

și Berenson (1967) au descoperit că, în timp ce abilitățile legate de prezență și rezumarea sentimentelor pot fi învățate didactic, abilitatea de a crea și a menține o relație empatică este învățată mult mai bine experiențial.

În plus, Mearns și Throne (1988) au adus în discuție faptul că implicarea sinelui terapeului în procesul terapeutic nu poate fi supraaccentuată. Concepte ca acceptarea, empatia și veridicitatea nu sunt rezervate doar relației terapeutului cu clienții săi, ci trebuie extinse sinelui, pentru a fi eficiente. Tocmai de aceea ar trebui să se insiste asupra dorinței de a acorda atenție și grijă sinelui dintr-un simț al responsabilității pentru clienți.

Barrett-Lennard (1998) a făcut diferența dintre două motive principale pentru care un terapeut în formare ar putea decide să beneficieze de terapie personală: pentru o vindecare emoțională, cauzată poate de conflicte interioare sau suferințe, și pentru dezvoltare și învățare personală. Rogers (1951) sugerează că nu ar trebui să se pretindă că terapia personală va înlătura permanent toate probabilitățile de conflict sau că va elimina posibilitatea ca propriile nevoi ale terapeutului să intervină în munca terapeutică. Oricum, terapia personală a unui terapeut ar trebui să-l/să o sensibilizeze la tipuri de atitudini sau sentimente pe care ar putea să le experimenteze clientul. Terapia personală ar trebui, de asemenea, să îi permită terapeutului să devină empatic la un nivel mai profund. Cu toate acestea, decizia de a se angaja în terapie personală ar trebui să depindă de nevoile individuale ale candidatului. De fapt, terapia individuală cerută nu concordă cu o abordare centrată pe client. Oricum, oportunitățile ar trebui să fie la îndemână, astfel încât candidatul să le poată utiliza atunci cand el sau ea simte nevoia.

În plus față de a pune la dispoziție posibilitatea terapiei personale, alte experiențe educaționale și de autoajutorare orientate pe dezvoltare sunt, de obicei, incluse în programele de formare orientate pe client. De exemplu, un terapeut în formare poate experimenta creșterea personală în timp ce lucrează cu un supervizor pe probleme personale care sunt relevante pentru eficacitatea lui/ei ca terapeut. Mai mult decât atât, grupurile de suport pot oferi un mediu în care terapeuții să lucreze pentru a-și cultiva acceptarea de sine și dorința de a face față adevărului. A învăța să te asculți pe tine însuți/însăți este o aptitudine importantă, care poate fi dezvoltată prin faptul de a vorbi cu alte persoane, rugăciune, meditație, prin ținerea unui jurnal personal sau concentrare experiențială (Gendlin, 1996), toate acestea putând fi înțelese ca forme de terapie de sine (Mearns și Thorne, 1988). În sfârșit, terapiile centrate pe persoană se dezvoltă,

de asemenea, în timpul lucrului cu clienții lor. De exemplu, după terminarea terapiei cu un client, Mearns și Throne (1988) încurajează terapeuții să exploreze experiența lor din terapie întrebându-se: „Ce am învățat de la acest client?" și „Cum am fost afectat de această experiență?"

Terapia Gestalt

Dezvoltarea personală este privită ca fiind un aspect esențial al formării și al practicii în terapia Gestalt. Oricum, comparată cu terapia centrată pe persoană, tradiția Gestalt pune mai mult accent pe terapia personală și pe o dezvoltare personală organizată în contextul formării.

Clarkson (1989) argumentează că terapeuții au responsabilitatea etică și profesională de a continua procesul de dezvoltare de sine, incluzând terapia personală. Korb, Gorrell, Van De Riet (1989) și Clarkson (1989) susțin că terapia personală ar trebui să înceapă în timpul formării, înainte ca psihoterapeuții să acorde terapie pe cont prorpiu. Se consideră că terapia, în general, reduce posibilitatea ca propriile procese disfuncționale ale terapeutului să denatureze terapia, iar Clarkson (1989) afirmă în continuare că terapia ajută în sensul de a contracara influența nepotrivită a unor profesori carismatici. Mai mult decât atât, acești autori susțin că terapeuții gestaltiști ar trebui să își continue terapia personală cu un terapeut expert pe tot timpul carierei lor, pentru a procesa emoții, a obține suport, pentru a preveni problemele și a menține sentimentul de sensibilitate survenită din vulnerabilitatea și anxietatea experimentate în mod obișnuit de clienți.

Pe de altă parte, Enright (1970) a afirmat că ar putea fi nepotrivit să se pretindă terapie candidaților, atât timp cât este scumpă și tinde să se concentreze în mod limitat pe probleme, mai degrabă decât să se constituie într-o explorare ludică, ceea ce este însăși esența muncii Gestalt, susține el. În schimb, el descrie grupuri de formare experiențiale care se aseamănă cu terapia de grup în multe feluri.

Mare parte din formarea Gestalt se desfășoară în cadrul seminariilor experiențiale sau în formate de grup. De exemplu, grupurile de formare de conștiință descrise de Enright (1970) sunt destinate să-i ajute pe candidați să se dezvețe de obiceiurile de a suprima conștiința imediată. Asemenea grupuri încep de obicei cu un simplu exercițiu de conștiință. Apoi, membrii grupului procesează răspunsurile, formatorul îi cere unuia să ia parte la o demonstrație pe viu a unui exercițiu de deblocare având ca scop extinderea conștiinței. Enright vede formatul grupului ca pe cea

mai eficientă situație de formare a conștiinței, întrucât permite candidaților să participe la munca celorlalți. Problemele de siguranță emoțională sunt gestionate prin acordarea unei ocazii voluntarilor de a întrerupe participarea la un exercițiu în orice moment.

Daldrup, Beutler, Greenberg și Engle (1988) descriu un seminar expeiențial asemănător în cadrul protocolului lor de formare pentru psihoterapia centrată pe expresivitate, o versiune ghidată a terapiei Gestalt. O formă de lucru de grup, condus de terapeuți experimentați, are un format care include un timp de „verificare a prezenței" pentru a permite membrilor grupului să identifice dorința de a lucra; lucrul personal sub forma uneia sau mai multor demonstrații pe viu; feedback și un timp de procesare pentru a stabili o legătură între ceea ce s-a întâmplat și teorie. Acești autori pun accentul pe importanța echilibrului dintre terapie și elementele didactice, astfel încât să fie atinse atât nevoia de învățare, cât și cea de dezvoltare personală. Natura lucrului în grup evoluează pe măsura formării. În faza inițială a formării, grupul de lucru este mai terapeutic prin natură; oricum, în faza de mijloc a formării devine deja un grup combinat de terapie-formare, pe când membrii grupului încep să-și asume rolul de terapeut în grup.

Autorii din tradiția Gestalt au acordat atenție și faptului că învățarea pe cont propriu poate fi eficientă. De fapt, prima jumătate a textului Gestalt clasic (Perls și alții, 1951) constă într-o succesiune de 18 experimente graduale. Formatul constă într-o prezentare inițială a teoriei, urmată de instrucțiuni pentru unul sau mai multe exerciții. Exercițiile încep cu o simplă conștientizare („a simți prezentul"), trec la amintiri și anxietate, iar la sfârșit explorează tulburările clasice ale limitelor de contact gestaltiste: retroflexiunea, introiecția și proiecția. În acest timp, atenția este îndreptată asupra proceselor care interferează cu încheierea cu succes a experimentului, oferind un fel de format de autoajutorare.

Terapia existențială

Nu există realmente nici o informație legată nici de formarea în sau de rolul terapiei personale în terapia existențială. Oricum, prezentarea lui Schneider și May (1995) a impus succesiuni de exerciții de formare a aptitudinilor, cu scopul de a ajuta studenții să experimenteze procesul terapeutic-cheie — „eliberarea existențială". Aceste exerciții sunt menite unui grup redus sau unui context de seminar și constau în exerciții personale și exerciții clinice. Exercițiile personale includ exercițiul „Cine

sunt Eu?", jocul de rol al unei părți intrigante, dar în general suprimate a sinelui, și scrierea necrologului unei persoane. Exercițiile clinice includ conștiința standard obiectivă și exerciții de aptitudini de ajutorare, în cadrul cărora studenții formează perechi și joacă pe rând rolurile de client și terapeut.

Terapia procesual-experiențială

Terapia procesual-experiențială pune și ea accent pe importanța învățării experiențiale și a formării conștiinței, mai ales cu privire la experiența emoțională, și desparte radical formarea și terapia (Greenberg și Paivio, 1997). Greenberg și Goldman (1998, p. 701) atrag atenția asupra controversei dintre formarea întregii persoane versus formarea unor anumite aptitudini. Ei susțin că „formarea care conduce la schimbări atitudinale și creștere personală are o importanță foarte mare în terapia experiențială, pentru că permite candidaților să cunoască într-o manieră personală cum funcționează procesul experiențial de schimbare".

Elliott și colegii săi (2004) au dezvoltat un format de seminar de formare experiențială, cu elemente terapeutice. Ședințele includ gestionarea problemelor de grup, minilecturi, scurte exerciții de grup de explorare de sine, cu scopul de a identifica posibilii marcatori terapeutici, demonstrații pe viu sau video și practica rolurilor de „client" și „terapeut". Ședințele se termină, în mod obișnuit, prin procesarea și discutarea exercițiilor.

Mai mult decât atât, Greenberg (2002) oferă o serie de exerciții de dezvoltare personală autoconduse pentru studenți, pe care aceștia să le folosească pe cont prorpiu pentru a dobândi abilități de conștiință emoțională, de reglare a emoțiilor și de schimbare a unei emoții cu alta, elemente esențiale în abordarea „gestionării emoțiilor" din terapia procesual-experiențială.

În cercetarea focus-grupului, realizată cu 20 de actuali și foști studenți asupra experienței lor de învățare a terapiei procesual-experiențiale, Elliott și colegii (2004) au descoperit că persoanele chestionate au considerat în mod obișnuit formarea prin seminarii experiențiale ca fiind o componentă importantă a pregătirii lor. În mod specific, faptul de a fi fost în rolul clientului a fost frecvent menționat ca o componentă care i-a ajutat. Persoanele chestionate au prezentat valoarea lui „a vedea că funcționează", „testarea pe sine", „experiența de a se face practică pe mine"și faptul de „a descoperi că funcționează". Studenții au menționat,

de asemenea, importanța de a fi făcut încercări în timpul seminariilor înainte de a le fi folosit cu clienții și au acordat atenție însemnătății sentimentului de siguranță în timpul seminarului. În plus, multe persoane chestionate au surprins și importanța terapiei personale.

Concluzie

Pentru terapeuții experiențial-umaniști, lucrul cu sine nu este niciodată complet. Văzând autenticitatea și procesul de creștere ca pe un proces continuu de „devenire", terapeuții din această tradiție se dedică unei sarcini de o viață de învățare și creștere. În cadrul acestei tradiții, terapeuții văd în strădania pentru dezvoltarea personală responsabilitate față de clienți. Un terapeut nu îi poate cere unui client într-un mod autentic să se angajeze într-un proces terapeutic dat decât dacă el sau ea a trecut prin acesta!

Bibliografie:

Barrett-Lennard, G.T., *Carl Rogers's helping system: Journey and substance.* Sage, Londra, 1998

Binder, J.L., „Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy" în *Clinical Psychology Review, 19,* 1999, p. 705-719

Clarkson, P., *Gestalt counseling in action,* Sage, Londra, 1989

Daldrup, R., Beutler, L., Greenberg, L. și Engle, D., *Focused expressive therapy: Freeing the overcontrolled patient,* Guilford, New York, 1988

Elliott, R., Watson, J., Goldman, R. și Greenberg, L.S., *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change,* American Psychological Association, Washington D.C., 2004

Enright, J. B., „Awareness training in the mental health professions" în *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications,* J. Gagan și I.L. Shepherd (ed.), Harper and Row, New York, 1970, p. 263-273

Garfield, S.L. și Kurtz, R., „Personal therapy for teh psychotherapist: Some findings and issues" în *Psychotherapy, 13,* 1976, p. 188-192

Gendlin, G.T., *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of experiential method,* Guilford, New York, 1996

Greenberg, L.S., *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*, American Psychological Association, Washington D.C., 2002

Greenberg, L.S. şi Goldman, R.L., „Training in experiental therapy" în *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 1988, p. 696-702

Greenberg, L.S. şi Paivio, S., *Working with emotions in psychotherapy*, Guilford, New York, 1987

Greenberg, L.S., Rice, L.N. şi Elliott, R., *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*, Guilford, New York, 1993

Greenberg, L.S. şi Sarkissian, M.G., „Evaluation of counselor training in Gestalt methods" în *Counselor Education and Supervision, 23*, 1984, p. 328-340

Korb, M.P., Gorrell, J. şi Van De Riet, V., *Gestalt therapy: Practice and theory*, Plenum, New York, 1989

Mahrer, A.R., *How to do experiential psychotherapy: A manual for practitioners*, University of Ottawa Press, Ottawa, 1989

Mearns, D. şi Thorne, B., *Person-centred counselling în action*, New Bury Park, Sage, California, 1988

Pagell, W.A., Carkhuff, R.R. şi Berenson, B.G., „The predicted differential effects of the level of counselor functioning upon the level of functioning of out patients" în *Journal of Clinical Psychology, 23*, 1967, p. 510-512

Patterson, C.H., *Understanding psychotherapy: Fifty years of client-centred theory and practice*, Llangarron, PCCS Books, Marea Britanie, 2000

Perls, F.S., Hefferline, R.F. şi Goodman, P., *Gestalt therapy*, Julian, New York, 1951

Rennie, D., *Person-centred counselling: An experiential approach*, Sage, Londra, 1998

Rogers, C.R., *Client centered therapy*, Houghton Mifflin, Boston, 1951

Rogers, C.R., *On becoming a person*, Houghton Mifflin, Boston, 1961

Schneider, K.J. şi May, R., *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*, McGraw-Hill, New York, 1955

Capitolul 5

Terapia personală în terapia cognitiv-comportamentală

Tradiție și practică actuală

de Anton-Rupert Laireiter și Ulrike Willutzki

Terapia personală și alte genuri de experiență orientate pe persoana terapeutului nu au o tradiție lungă sau profundă în terapia cognitiv-comportamentală. Oricum, integrarea experienței legate de persoană în formarea terapeuților cognitiv-comportamentaliști a fost intens discutată în ultimii 15-20 de ani, în special în câteva țări europene. Formarea nu este singurul context unde terapia personală are importanță în orientarea cognitiv-comportamentală. Mulți terapeuți cognitiv-comportamentaliști (50 până la 60%) se angajează în terapie personală cel puțin o dată pe durata vieții lor profesionale (Norcross și Guy, capitolul 13; Norcross și Connor, capitolul 15; Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, Wiseman și Botermans, capitolul 14). Pentru că mulți nu se angajează în terapii cognitiv-comportamentale, ci preferă orientările psihodinamice sau umaniste (Laireiter, 2000a), stilul terapeutic, precum și competența lor terapeutică pot fi intens influențate de aceste experiențe. Până în prezent, nu este încă pe deplin recunoscut dacă acest gen de compilație este pozitivă sau problematică pentru acordarea de terapie într-un cadru de referință cognitiv-comportamental. Acest scurt capitol oferă o perspectivă de ansamblu asupra terapiei personale a terapeuților cognitiv-comportamentaliști.

Starea curentă a terapiei personale în orientarea cognitiv-comportamentală

Din punct de vedere istoric, cerințele pentru candidați de a se supune unei terapii personale au o lungă tradiție, care se întoarce în timp la Freud

și alte figuri ce au deschis drumul psihanalizei timpurii. Terapeuții comportamentaliști nu au văzut terapia personală ca necesară, pentru că terapia în viziunea lor nu este asemenea unui proces de lucru prin inconștient sau nevroză tansferențială, ci mai degrabă o experiență de învățare, în cadrul căreia o persoană, clientul, învață cu ajutorul și suportul tehnic al alteia, terapeutul, să schimbe comportamente, atitudini și cogniții. În acest cadru nu a părut necesar pentru terapeuți să fie profund conștienți de sentimentele lor inconștiente, fantezii și reacții contratransferențiale, în procesul terapeutic. Dimpotrivă, terapia comportamentală a pus accentul pe faptul că schimbarea este datorată în primul rând învățării, conținutului și aplicării adecvate a metodelor terapeutice din punct de vedere tehnic. Astfel, nici beneficierea de o terapie personală și nici perfecționarea prin experiențe similare nu și-au găsit locul, la început, în formarea terapeuților cognitiv-comportamentaliști.

De fapt, era susținut cu putere exact contrariul. Ideea și cerința de terapie personală erau respinse (McNamara, 1986), în mare parte (așa cum s-a menționat) pentru că aceasta era văzută ca fiind contradictorie principiilor teoretice și metodologice ale terapiei comportamentale. Mai mult decât atât, se credea că terapia obligatorie pentru terapeut interferează cu principiul colaborării voluntare din terapia cognitiv-comportamentală și astfel poate contracara factorii de lucru, de bază, ai acestei orientări. Se susținea, de asemenea, că studiile empirice nu arată nici un efect pozitiv al terapiei personale asupra eficacității ulterioare a terapeutului. Este important de menționat că studiile empirice au dezvăluit și că terapia personală nu are întotdeauna efecte pozitive, ci poate chiar să genereze rezultate negative sau dureroase (Pope și Tabachnick, 1994). Terapia personală era percepută ca fiind prea costisitoare ca experiență pentru candidații în formare. În sfârșit, dar nu în ultimul rând, terapia personală era văzută ca necesară nu pentru toți, ci poate doar pentru o mică parte a candidaților (vezi DiGuiseppe, 1991; Gray, 1991; McNamara, 1986; Ramsay, 1980; Wright, 1991).

Chiar dacă, inițial, terapia comportamentală a respins cu putere ideea cerinței de terapie personală pentru candidați, această perspectivă s-a schimbat în ultimii 20 de ani și este mult mai echilibrată acum. În prezent se acceptă că terapia personală poate fi necesară și folositoare pentru unii dintre candidați și este, de asemenea, acceptat că o astfel de experiență poate fi folositoare în atingerea anumitor scopuri în formare în terapia cognitiv-comportamentală. În acest context sunt căutate anumite calități personale și competențe interpersonale, ca de exemplu dezvoltarea

unui stil de lucru de reflectare asupra sie însuşi/înseşi, autocunoaştere în ceea ce priveşte „punctele oarbe" şi sentimentele nepotrivite faţă de clienţi, cunoaşterea stilului interpersonal şi a sensibilităţii unei persoane şi încurajarea empatiei pentru client (Laireiter şi Fiedler, 1996). Unii autori subliniază şi importanţa terapiei în explorarea de sine, pentru corectarea stilurilor disfuncţionale şi pentru dezvoltarea de competenţe personale, interacţionale şi terapeutice; de exemplu, faptul de a dobândi o perspectivă pozitivă asupra clienţilor sau de a adopta un stil terapeutic orientat pe resurse şi pe rezolvarea de probleme. În ultimul rând, se presupune că acest element de formare poate fi folositor în medierea competenţei terapeutice, prin oferirea posibilităţii candidatului de a observa un model şi de a învăţa de la acesta (DiGuiseppe, 1991).

Deşi utilitatea de un anume gen a terapiei personale este în prezent pe deplin recunoscută în orientarea cognitiv-comportamentală, nu este încă acceptată drept un element standard de formare. Pe aceeaşi linie, majoritatea terapeuţilor comportamentalişti refuză terapia personală drept cerinţă a formării, şi, în majoritatea ţărilor, implementarea obligatorie a terapiei personale nu este văzută ca importantă. În majoritatea programelor de formare are prioritate următoarea poziţie: beneficirea de terapie personală sau alt fel de dezvoltare personală ar trebui facilitată sau recomandată de programul de formare, dar niciodată să se constituie ca obligatorie (British Association of Behaviour and Cognitive Therapy — Asociaţia Britanică de Terapie Cognitiv-Comportamentală, 2000; European Association of Behavior and Cognitive Therapy — Asociaţia Europeană de Terapie Cognitiv-Comportamentală, 2001; Gray, 1991; Wright, 1991). Terapia personală, în sensul tratării viitorului terapeut, nu este privită ca model al situaţiei de formare în terapia cognitiv-comportamentală (Kanfer, Reinecker şi Schmelzer, 1996).

Nu există excepţii de la această poziţie generală. În unele ţări europene unde există reglementări guvernamentale cu privire la psihoterapie (Austria, Germania, Elveţia, Olanda, Irlanda, Finlanda), terapia personală este obligatorie pentru a fi acreditat ca psihoterapeut în sistemul de sănătate şi ca terapeut cognitiv-comportamentalist. În majoritatea acestor ţări, legile statului reclamă că fiecare orientare în psihoterapie acreditată trebuie să îşi dezvolte propria programă analitică de formare, care să includă un program de lucru asupra sensibilităţii personale. În timp ce aceasta este o cerinţă de formare oficială, trebuie subliniat că, în majoritatea acestor ţări, în special în cele vorbitoare de limbă germană şi în Olanda, această tradiţie îşi are rădăcinile în terapia cognitiv-comportamentală.

Remarce privind terminologia

Pentru că terapia cognitiv-comportamentală nu pretinde terapia personală (în sensul clasic al acesteia) ca pe o componentă a formării, au fost găsiți alți termeni care să o caracterizeze. Din nefericire, nu a fost găsit nici un termen consensual în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale. Asociațiile germane de terapie cognitiv-comportamentală au căzut de acord să o numească *Selbsterfahrung*, un termen care nu este ușor de tradus. În cea mai bună variantă ar putea însemna „experiență centrată pe sine", „experiență de sine", „experiență îndreptată către sine" sau pur și simplu „explorare de sine" (Laireiter, 1998). În literatura internațională sunt folosiți termeni foarte diferiți pentru acest element al formării ca: „lucrul sensibilității personale" (British Associtation of Behaviour and Cognitive Therapy, 2000), „dezvoltare personală" (Rotary, 1992), „lucrul experiențial de sine" (Diguiseppe, 1991) sau „reflecția asupra sinelui" (Bennett-Levy și alții, 2001). În unele țări, precum Olanda, este numită „terapie de formare" (Everts, 1991).

Obiective ale terapiei personale în orientarea cognitiv-comportamentală

În terapia cognitiv-comportamentală, discuțiile internaționale asupra scopurilor relevante ale dezvoltării sensibilității de-abia încep, cu un progres mai accelerat în țările vorbitoare de limba germană. Următoarele scopuri sunt privite ca fiind cele mai importante:

1. Identificarea și gestionarea implicării personale a terapeutului în procesul terapeutic și contribuția lui/ei la acesta (British Association of Behaviour and Cognitive Therapy, 2000).
2. Îmbunătățirea pătrunderii de sine, autocunoașterii și sensibilității privind comportamentul problematic, obiceiurile și schemele interpersonale, precum și patternurile unei persoane (Laireiter și Fiedler, 1996).
3. Reducerea efectelor negative, nocive ale terapeutului asupra procesului terapeutic (Kanfer și alții, 1996).
4. Dezvoltarea abilităților dorite personale și interpersonale, cum ar fi: autocontrol, sensibilitate interpersonală, asertivitate socială, stimă de sine etc. (Bennett-Levy și alții, 2001).

5. Dobândirea de abilități terapeutice specifice, ca: empatia și privirea de ansamblu, dezvoltarea eficientă a relației terapeut-pacient și gestionarea procesului terapeutic (Laireiter și Fiedler, 1996).
6. Familiarizarea personală cu strategii și metode ale terapiei cognitiv-comportamentale, prin observarea terapeutului ca model și prin experimentarea rolului de client și îndrumarea comportamentelor clientului (Bennett-Levy și alții, 2001; Laireiter și Fiedler, 1996).
7. Legat de acesta, ca un scop general, îmbunătățirea efectelor formării și a identificării personale a viitorului terapeut cu terapia cognitiv-comportamentală (Laireiter și Fiedler, 1996).

În general, în acest mod de lucru, psihoterapia nu este îndrumată să rezolve tulburările de comportament ale candidaților. Candidații care au nevoie de un asemenea tratament sunt fie filtrați de la începutul formării, fie obligați să se angajeze în (psiho)terapie personală în afara contextului de formare obișnuit (Kanfer și alții, 1996). În cazul unor tulburări psihologice extreme, candidații pot întrerupe formarea pe timpul beneficierii de tratament.

Metode de terapie personală în orientarea cognitiv-comportamentală

În absența unui model generalizat de explorare de sine în terapia cognitiv-comportamentală s-au dezvoltat foarte multe metode diferite. Convergențele teoretice și practice în aceste metode pot fi rezumate după cum urmează:

1. Explorarea de sine în terapia cognitiv-comportamentală este menită, în primul rând, să faciliteze dobândirea unor obiective de formare și dezvoltarea unor competențe profesionale specifice (Kanfer și alții, 1996; McNamara, 1986).
2. Principiile teoretice și practice ale terapiei cognitiv-comportamentale ar trebui să formeze baza acestui element al formării (Kanfer și alții, 1996; McNamara, 1986).
3. Practic, dezvoltarea sensibilității personale nu este realizată în (psiho)terapii personale ale candidaților, ci prin cursuri de formare specifice (*seminarii de explorare de sine*). Foarte frecvent aceasta este și o componentă a supervizării (Gray, 1991; Lieb, 1994; Wright, 1991).

4. Situația preferată pentru explorarea de sine este grupul, mai degrabă decât situația diadică.
5. Relevanța explorării de sine personale pentru formare și practică în psihoterapie nu poate fi stablilită prin tradiție, prin concepția comună sau prin impresii clinice. Aceasta trebuie dovedită empiric; mai mult decât atât, conceptele și metodele acestui mod de lucru trebuie evaluate prin studii empirice (Kanfer și alții, 1996).

Conceptele și modelele pot fi rezumate în patru categorii, respectând punctul central de bază și metodele acestora (tabelul 5.1.)

Tabelul 5.1. Modele și metode de dezvoltare a sensibilității în orientarea cognitiv-comportamentală

1. **Concepte centrate pe persoană**
- *Grupuri orientate cognitiv-comportamental* sau *grupuri structurate teoretic,* legate de:
  Învățarea propriei istorii și a cadrului familial
  Propriile resurse, potențiale și stări de bine
  Punctele oarbe și aspectele problematice ale propriei personalități
  Planuri și scheme etc. de compomportament și interacțiuni
- Câteodată, ședințe individuale și, în plus, lucru în grupări diadice

2. **Concepte centrate pe practică**
- *Grupuri de autoreflectare structurate tematic* sau *grupuri de practică autoexploratorie,* legate de:
  Persoana terapeutului în rolul lui/ei profesional
  Aspecte interpersonale ale relației terapeutice
  Implicarea personală a terapeutului în terapie
  Valori și obiective personale ale terapeutului și relația lui/ei cu terapia
  Situații interpersonale problematice în terapie
- Explorarea de sine și autoreflectarea ca o componentă a *supervizării*

3. **Modele bazate pe tehnică („practica pe sine")**
- *Grupuri* fie neghidate, fie ghidate de un terapeut-profesor, legate de:
  Autoaplicarea metodelor cognitiv-comportamentale
  Autoaplicarea ghidurilor de tratament
  Programe de automodificare și autogestionare
- Câteodată, *practica de sine individuală*

4. **Modele de terapie de formare**
- *Terapie individuală:*
  Tratament clasic modificat
  Modele de terapie de formare
  Terapie de explorare de sine

- *Terapie de grup:*
  Grupuri interacționale orientate cognitiv-comportamental
  Terapie de grup multimodală
  Terapie de grup funcțional-analitică

Conceptele centrate pe persoană se concentrează pe persoana candidatului, fără să se concentreze pe rolul lui/ei profesional sau pe activitățile acestuia/acesteia. De aceea, persoana în trecutul lui/ei, în prezent sau în viitor este obiectul explorării de sine. În majoritatea acestor programe, lucrul sensibilității se desfășoară în cadrul grupurilor cognitiv-comportamentale sau tematic structurate, care conțin elemente din tradiția de întâlnire, psihodramă și grupurile de învățare experiențiale (Fiedler, 1996). Acest mod de lucru se concentrează, în mod obișnuit, pe teme ale persoanei și ale vieții sale, cum ar fi mediul familial, anumite experiențe biografice, scheme interacționale și interpersonale, experiențe de legătură sau faze stresante.

Deși acest mod de lucru se desfășoară, în mod normal, în situații de grup, unii autori au recomandat recent completarea cu ședințe individuale (până la 30 sau 40) sau folosirea lucrului cu sensibilitatea individuală în cadrul situației de grup, pentru a adânci anumite teme individuale (Zimmer, Zimmer și Wagner, 1994).

Conceptele centrate pe practică se concentrează pe experiențele, comportamentele și performanțele interpersonale ale terapeutului în cadrul contextului terapeutic. De aceea, principala îngrijorare nu este dezvoltarea unei sensibilități ridicate a terapeutului, ci implicarea personală a terapeutului în procesul terapiei și contribuția lui/ei la aceasta (Kanfer și alții, 1996; Lieb, 1994). Practic, aceste programe se desfășoară cel mai adesea în grupuri structurate, orientate pe scop, strâns legate de teme obișnuite ale vieții profesionale, cum ar fi: preferința pentru anumiți clienți, situații interpersonale dificile și puterea în psihoterapie. Și aceste programe se desfășoară în grupuri de practică a explorării de sine, unde experiențele personale și interpersonale ale candidatului și implicarea acestuia în terapie sunt subiect al reflecției (de ex.: Knickenberg și Sulz, 1999).

Explorarea de sine centrată pe practică este integrată adesea în supervizare fie ca un element opțional, fie ca o componentă explicită a acesteia. În primul caz, explorarea de sine este o opțiune aleasă atunci când devine evident că factorii personali sau interpersonali joacă un rol în procesul terapiei (de ex.: Lieb, 1994). În al doilea caz, explorarea de sine este o componentă obișnuită a supervizării, care este realizată în fiecare proces de supervizare (Gray, 1991; Ramsay, 1980).

Modelele bazate pe tehnică pun accentul pe practica pe sine a tehnicilor terapeutice, precum formarea asertivității și a metodelor cognitive, sau, în unele cazuri, cu anumite ghiduri de tratament ale terapiei cognitiv-comportamentale (Bennett-Levy și alții, 2001; Fiedler, 1996). Acest gen de experiență este fie întreprinsă în grupuri sub îndrumare de un terapeut de formare, fie îndeplinită de candidat singur sau în grupuri fără îndrumare. Un accent important al acestui mod de lucru este automodificarea comportamentului problematic al unui candidat, cum ar fi comportamentul de lucru, fumatul sau rezistența la stres. Programele de autogestionare sunt uneori folosite ca singur element al explorării de sine (de ex.: Pfingsten, 2000); mai adesea acestea sunt fie o componentă a programelor centrate pe persoană (Lieb, 1998), fie combinate cu modele centrate pe persoană/sau centrate pe practică (de ex.: Döring-Seipel, Schüler și Seipel, 1995).

Modelele de terapie de formare sunt, într-o oarecare măsură, complexe și pot subsuma concepte foarte diferite. În unele cazuri sunt aplicate tratamente cognitiv-comportamentale ușor modificate (de ex.: Bleijenberg și Schippers, 1990); în alte cazuri (de ex.: Barrett-Levy și alții, 2001; Fiedler, 1996), terapia este combinată cu un proces reflexiv, privind două perspective: persoana terapeutului și predarea aspectelor legate de tehnică și de tratament. Astfel, acest model de terapie personală combină elemente legate de persoană și de tehnică pentru explorarea de sine. O a treia concepție o reprezintă „terapiile de explorare de sine". În cadrul acestor programe, elemente ale analizei funcționale, tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală și metode de intensificare a explorării de sine sunt combinate cu lucrul cu experiențele de viață personale, conflicte actuale și trecute, comportamente interacționale și schemele și planurile cognitiv-afective din spatele lor (Zimmer și alții, 1994). Pentru că aceste modele prototipice sunt foarte selective în ceea ce privește scopurile lor, în practică, mare parte a programelor de formare folosesc combinații de două sau mai multe dintre aceste modele. Mult mai adesea, fie modelul centrat pe persoană, fie cel centrat pe practică sunt combinate cu proiectele de autogestionare (Bennett-Levy și alții, 2001; Döring-Seipel și alții, 1995).

Terapia personală dincolo de formare

Unele studii și analize ale literaturii de specialitate arată că psihoterapeuții beneficiază intens de terapie personală: 85% dintre ei bene-

ficiază de cel putin o terapie personală, de-a lungul carierei lor profesionale, şi aproximativ 60%, după ce îşi termină formarea. Aproximativ 55% se angajează în două cure terapeutice, iar în jur de 20%, în trei sau mai multe (Norcross şi Guy, capitolul 13; Norcross şi Connor, capitolul 15; Orlinsky şi alţii, capitolul 14; Pope şi Tabachnik, 1994). Terapeuţii cu o orientare cognitiv-comportamentală fac acest lucru într-o măsură mai mică: la o scală de la aproximativ 40-50% (Norcross şi Prochaska, 1984) la 60% (Orlinsky şi alţii, capitolul 14). Comparativ cu terapiile personale ale terapeuţilor umanişti sau psihodinamici, cu o medie de 250 de ore, durata terapiei printre terapeuţii cognitiv-comportamentalişti are o medie de doar aproximativ 50 până la 80 de ore (Norcross şi Prochaska, 1984; Pope şi Tabachnick, 1994).

Totuşi, o altă observaţie de neînlocuit devine mult mai importantă: este foarte probabil ca terapeuţii cognitiv-comportamentalişti să se angajeze în terapii bazate pe alte orientări teoretice decât cea a lor (Lazarus, 1971; Norcross şi Prochaska, 1984; Pope şi Tabachnick, 1994). Laireiter (2000a) a constatat că terapeuţii cognitiv-comportamentalişti se angajează în tratament după următoarea distribuţie: terapie cognitiv-comportamentală, între 10 şi 15%; terapii psihodinamice, între 50 şi 60%; umaniste, 20-30%, şi sistemice, între 10 şi 15%. Terapeuţii din alte orientări sunt mult mai fideli propriilor orientări, atunci când se angajează în terapie personală (terapeuţii din orientarea psihodinamică, până la 90%; cei din orientarea umanistă, până la 70%). Doar terapeuţii sistemici şi de familie par să îmbine terapiile tot atât de mult ca şi terapeuţii cognitiv-comportamentalişti în alegerea propriei terapii.

O întrebare importantă în acest context se referă la consecinţele acestor alegeri. Este extrem de relevant faptul, descoperit în mod empiric, că angajarea în terapie personală poate avea efecte importante asupra stilului terapeutic, procesării informaţiei şi asupra comportamentului interpersonal al terapeutului (Laireiter, 2000b). Faptul de a fi pacient în cadrul psihanalizei sau al unei terapii experienţiale poate schimba stilul terapeutului format în orientarea cognitiv-comportamentală într-unul mai puţin directiv, având o preferinţă pentru o terapie mai îndelungată, orientată mai mult pe proces, precum şi punând un accent mai mare pe factorii interacţionali, ca transferul şi contratransferul.

O schimbare în această direcţie ar putea fi considerată drept pozitivă sau problematică?

Rezultatele empirice nu dau răspunsuri clare acestei întrebări. Pe de o parte, Willutzki şi Botermans (1997) au descoperit o corelaţie pozitivă între lărgirea orizontului conceptelor teoretice pe care se bazează un

terapeut și competența lui/ei terapeutică privită în mod subiectiv. Pe de altă parte, Lieb (1998) a constatat că terapeuții care se bazau în mod fundamental pe terapia cognitiv-comportamentală au raportat faptul de a fi câștigat mai mult din dezvoltarea sensibilității orientată cognitiv-comportamental.

Pentru că participanții la aceste studii diferă în ceea ce privește experiența lor terapeutică, rezultatele pot fi interpretate după cum urmează: la începutul unei cariere profesionale, pentru începători, pare important să se angajeze în programe de explorare de sine care sunt compatibile cu orientarea terapeutică în care este format terapeutul. Omogenitatea conceptuală poate fi un criteriu important pentru dezvoltarea unei identități terapeutice direcționate și integrate. Ulterior, în viața profesională, oricum, terapiile personale din orientări teoretice alternative pot fi privite ca îmbogățind stilul propriu al unui terapeut și competența sa, contribuind astfel la dezvoltarea terapeutului prin lărgirea competenței profesionale (Willutzki și Botermans, 1997).

Felul în care sunt construite aceste concluzii, bazându-se doar pe două studii, trebuie privit ca tentativă. Sunt necesare astfel cercetări suplimentare, în special cu metode obiective, asupra efectelor beneficierii de terapie din orientări teoretice alternative.

Comentarii de încheiere

Beneficierea de terapie personală și dezvoltarea de programe specifice de stimulare a competențelor personale și interpersonale au început în terapia cognitiv-comportamentală în ultimii 20 de ani. Scopul principal al acestor programe este persoana terapeutului, în cadrul și în afara practicii sale terapeutice. Obiectivele centrale sunt acelea de a-i face pe terapeuții cognitiv-comportamentaliști mai sensibili la propriile comportamente, cogniții, sentimente, scheme și stiluri interacționale, îndemnându-i să-și dezvolte sensibilitatea către procesul interpersonal în terapie, către empatia pentru client și către un stil autoreflexiv. În plus, cunoștințele și abilitățile corelate proceselor terapeutice ar trebui să fie cultivate efectiv. Deși evidența empirică nu este riguroasă în prezent, se susține faptul că majoritatea acestor obiective pot fi atinse prin combinarea explorării de sine personală și practică.

Credem ca dezvoltarea viitoare a lucrului cu sensibilitatea personală în terapia cognitiv-comportamentală ar trebui să se concentreze pe câteva puncte:

- Ar trebui iniţiată o discuţie internaţională asupra necesităţii şi eficacităţii lucrului de explorare de sine, în formarea în terapia cognitiv-comportamentală, nu numai în câteva dintre ţările europene.
- Dacă devine general acceptat că dezvoltarea sensibilităţii personale este o cerinţă importantă în formare, atunci ar trebui stabilite standarde de formare valide în această privinţă.
- Un model combinat care integrează persoana terapeutului şi practica acestuia/acesteia şi tehnicile cognitiv-comportamentale pare să aibă cel mai mare avantaj. Pentru realizarea acestor obiective multiple, componentele ar trebui puse sistematic în ordine. Explorarea de sine personală, integrând tehnici cognitiv-comportamentale (de ex.: în programele de autogestionare), ar trebui introdusă la începutul formării pentru a constitui o bază de autocunoaştere şi o competenţă fundamentală în autoreflecţie. Pentru un transfer optim al acestei competenţe, pare oricum necesar să se practice autoexplorarea, paralel cu lucrul terapeutic prin autoreflexia legată de practică. După terminarea formării oficiale, reflecţia şi analiza controlată a practicii terapeutice a unui candidat ar trebui să continue şi să devină o componentă a unei supervizări continue.
- Autoreflecţia nu este un lux, ci o componentă necesară practicii terapeutice. În acord cu aceasta, poate fi privită ca un criteriu al calităţii practicii terapeutice în terapia cognitiv-comportamentală.

Bibliografie:

BABCP, British Association of Behaviour and Cognitive Therapy, *Minimum training standards for members approaching personal accreditation as practitioners*, BABCP, Londra, 2000

Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. şi Farmer, S., „The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists" în *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 2001, p. 203-220

Bleisenberg, J. şi Schippas, G., „Rationeel emotive leer therapie, evvar ingen eh wakwijzc" în *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *122*, 1990, p. 115-116

DiGuiseppe, R., „Should trainees undergo psychotherapy? Dr. Raymond DiGuiseppe responds." în *Behavior Therapist*, *14*, 1991, p. 258-259

Doering-Seipel, E., Schüler, P., şi Seipel, K.H., „Selbsterfahrung für verhalenstherapeuten: Konzept eines trainings zielorientierter selbstreflexion: Erste erfahrungen" în *Verhaltenstherapie*, *5*, 1995, p. 138-148

EABCT, European Association of Behavior and Cognitive Therapy, *Minimum training standards*, EABCT, Londra, 2001 [Disponibilă și la http://www.eabct.com/training.htm]

Everts, D.B., „Leertherapie, een kwestie van effect of affect?" în *Tijdschrift voor Psychotherapie, 16*, 1991, p. 3-11

Fiedler, P., *Verhaltenstherapie in und mit gruppen. Psychologische psychotherapie in der praxis*, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996

Gray, J., „Should trainees undergo psychotherapy? Dr. James Gray responds." în *Behavior Therapist, 14*, 1991, p. 257

Kanfer, F.H., Reinecker, H. și Schmelzer, D., *Selbstmanagement-therapie. Ein lehrbuch für die klinische praxis*, Springer, Berlin, 1996

Knickenberg, R.J. și Suly, S.K.D., „Interaktionsbezogene fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen fort - und weiterbildung" în *Verhaltenstherapie, 9*, 1999, p. 23-29

Laieiter, A.-R., „Self-directed experience and persoanal therapy: The situation in the German-speaking countries and the state of art of empirical research" în *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck*, E. Sanavio (ed.), Pergamon Press, Oxford, 1998, p. 163-179

Laieiter, A.-R., „Selbsterfahrung in der psychotherapie: 1. Inanspruchnahme von psychotherapie durch psychotherapeutInnen. Ein literaturüberblick" în *Selbsterfahrung in psychotherapie und verhaltenstherapie — Empirische befunde*, A.-R. Laieiter (ed.), dgvt-Verlag, Tübingen, 2000, p. 45-88

Laieiter, A.-R., „Selbsterfahrung in der psychotherapie: 2. Evaluation. Effekte von eigentherapie und selbsterfahrung auf die person des therapeuten, seine therapeutische kompetenz und die prozess- und ergebnisqualität von psychotherapie" în *Selbsterfahrung in psychotherapie und verhaltenstherapie — Empirische befunde*, A.-R. Laieiter (ed.), dgvt-Verlag, Tübingen, 2000, p. 89-233

Laieiter, A.-R. și Fiedler, P., „Selbsterfahrung und eigentherapie" în *Selbsterfahrung in der verhaltenstherapie?*, M. Bruch și N. Hoffmann (ed.), Springer, Berlin, 1996, p. 82-123

Lazarus, A.A., „Where do behavior therapists take their troubles?" în *Psychological Reports, 28*, 1971, p. 349-350

Lieb, H., „Selbsterfahrung als selbstreferenz: Zur integration von selbsterfahrung in die verhaltenstherapeutische supervision" în *Selbsterfahrung in psychotherapie und verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen*, A.-R. Laieiter și G. Elke (ed.), dgvt-Verlag, Tübingen, 1994, p. 80-105

Lieb, H., „Veranderungen und wirkvariablen in der selbsterfahrung aus sicht der teilnehmer: Resultate einer evaluationsstudie" în *Verhaltenstherapie, 8*, 1998, p. 270-278

McNamara, J.R., „Personal therapy in the training of behavior therapists", *Psychotherapy, 23*, 1986, p. 370-374

Norcross, J.C. şi Prochaska, J.O., „Where do behavior (and other) therapists take their troubles? II." în *Behavior Therapist, 7*, 1984, p. 26-27

Pfingsten, U., „Selbstmodifikation als einstieg in die verhaltenstherapie-ausbildung. Ein erfahrungsbericht" în *Selbsterfahrung in psychotherapie und verhaltenstherapie — Empirische befunde*, A.-R. Laieiter (ed.), dgvt-Verlag, Tübingen, 2000, p. 475-491

Pope, K.S şi Tabachinick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 1994, p. 247-258

Ramsay, R.W., „Goals of a personal therapy for trainees considered from a behavioral viewpoint" în *Psychotherapy: Research and training*, (Lucrări ale Celui de-al Unsprezecelea Congres Internațional de Psihoterapie, ținut în Amsterdam, August 27-31, 1979), W. de Moor şi H.R. Wijngaarden (ed.), Elsevier, Amsterdam, 1980, p. 273-276

Rotary, N, „Personal growth work in the training of counseling and clinical psychologists in Ireland" în *Irish Journal of Psychology, 13*, 1992, p. 168-175

Willutzki, U. şi Botermans, J.F., „Die ausbildung in psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre bedeutung für die psychotherapie in kompetenz" în *Psychotherapeut, 42*, 1997, p. 282-289

Wright, F., „Should trainees undergo psychotherapy? Dr. Fred Wright responds" în *Behavior Therapist, 14*, 1991, p. 257-258

Zimmer, F.T., Zimmer, D. şi Wagner, W, „Selbsterfahrung in der verhaltens-therapeutischen Weiterbildung" în *Selbsterfahrung in der verhaltenstherapie. Konzepte und praktische erfahrungen*, A.-R. Laieiter şi G. Elke (ed.), dgvt-Verlag, Tübingen, 1994, p. 17-31

Capitolul 6

Rolul şi practica actuală a terapiei personale în tradiţiile terapeutice sistemice şi de familie

de Jay Lebow

Tradiţiile terapiei de familie şi ale terapiilor sistemice sunt diverse. Nu este nicăieri mai evident acest lucru decât în abordările acestora în ceea ce priveşte rolul atribuit terapiei personale a terapeuţilor.

Conceptul care uneşte abordările centrate pe familie îşi are sursa în importanţa atribuită interacţiunii şi interacţiunii în cadrul familiei ca punct central şi vehicul către schimbare. Gurman, Kniskern şi Pinsof (1986) au prezentat următoarea definiţie clasică a terapiei de familie: „Orice încercare psihoterapeutică ce se concentrează explicit pe modificarea interacţiunilor dintre sau între membrii familiei şi caută să îmbunătăţească funcţionarea familiei ca unitate ori a subsistemelor ei şi/sau funcţionarea membrilor individuali ai familiei".

Dincolo de obiectivele obişnuite şi anumite noţiuni ale unui proces sistemic, în care comportamentele membrilor familiei se afectează unele pe celelalte, există o întreagă plajă care se întinde de la terapia de cuplu la terapia de familie. Mai exact, rolul şi importanţa acordate terapiei personale variază enorm, de la perspectiva asupra terapiei personale ca fundamentală pentru a deveni terapeut de familie până la perspectiva asupra analizei personale ca fiind irelevantă sau poate chiar coercitivă.

Terapia pentru terapeuţi, în cadrul modelelor de terapie de familie

Subliniem că multele modele de terapie sistemică şi de familie sunt văzute foarte diferit în lume. Cel mai radical set de concepte legate de terapia personală pentru terapeuţi au provenit din acele abordări ale

familiei care s-au dezvoltat exclusiv ca extensii ale teoriei generale a sistemelor și nu au fost fundamentate pe nici o școală sau terapie individuală sau teorie a personalității. Cei care au dezvoltat aceste abordări, adesea, nu erau la origine psihoterapeuți, ci proveneau din alte discipline, cum ar fi antropologia (Gregory Bateson și John Weakland), ingineria (Paul Watzlawick) sau studiile comunicării (Jay Haley). Modelele pe care le-au creat ei pentru promovarea schimbării au modificat radical accentul de pe funcționare individuală, personalitate, istorie personală, pe procesele circulare care, în fond, caracterizează toate sistemele și cibernetícile acelor sisteme. Pentru aceia care au adoptat asemenea puncte de vedere, psihoterapia era înainte de toate o sarcină inginerească, iar terapia personală pentru terapeuți era, în cel mai bun caz, o irelevanță. Singurul mod în care era văzută personalitatea unui terapeut ca importantă era acela de a rămâne necontaminat și distant față de procesele care făceau ordine printre sisteme. Chiar și în acest caz, drumul pentru atingerea unei astfel de independențe era văzut mai degrabă ca avându-și baza în crearea de planuri inginerești mai bune decât ca o dezvoltare personală a psihoterapeutului.

O variație pe această temă a accentuat o poziție care era extrem de critică la adresa terapiei, așa cum era aceasta practicată în mod tradițional. Lucrările fundamentale ale promotorilor terapiilor strategice de familie, și în special membrii primului (Bateson, Jackson, Haley și Weakland, 1954) și celui de-al doilea grup Palo Alto (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1974), au prezentat terapiile tradiționale ca moduri de a menține problemele, prin promovarea a ceea ce aceste grupuri au privit ca schimbare de ordinul întâi, schimbare care nu afecta în mod real proprietățile fundamentale ale sistemului. Ei au susținut că terapia tradițională este ineficientă și că, indiferent dacă cineva și-ar fi propus ca obiectiv o schimbare personală a terapeuților (dar ei nu susțineau așa ceva), terapia personală, așa cum era practicată în mod obișnuit, nu ar fi fost o cale eficientă în atingerea acestui obiectiv.

Punctul culminant al acestei perspective asupra terapiei personale pentru terapeuți a venit o dată cu dezvoltarea, din anii 1970 și 1980, a terapiei de rezolvare a problemelor prin Jay Haley (Haley, 1976). Haley a început ca membru al primului grup Palo Alto și era foarte cunoscut în acea perioadă prin eseurile sale umoristice pline de înțepături la adresa terapiei tradiționale (Haley, 1963). În relatările asupra metodelor terapiei de rezolvare a problemelor, Haley a repetat, în mod frecvent, o poziție care sugera că terapia personală nu avea nici o valoare în dezvoltarea terapeuților. El a pledat în continuare foarte arzător împotriva

așteptărilor programelor de formare, conform cărora terapeuții ar trebui să participe la propriile terapii, susținând cu putere faptul că astfel de metode nu erau doar nefolositoare, dar și coercitive. Poate ca răspuns dat puternicei promovări a terapiei personale în programe de formare mai tradiționale, poziția lui Haley a fost cea mai critică dintre toate, în cadrul comunității de psihoterapeuți, în ceea ce privește terapia personală pentru terapeuți.

Din nefericire, din cauza naturii radicale a acestor principii, a gândirii novatoare și a stilului de a scrie atât de incisiv al susținătorilor, aceste perspective strategice au ajuns să fie identificate adesea de cei din afara comunității terapiei de familie ca reprezentând perspectivele obișnuite ale terapeuților de familie asupra terapiei tradiționale și a terapiei personale pentru terapeuți. Oricum, această perspectivă a fost întotdeauna un punct de vedere al minorității, iar aceste modele au acum puțini susținători printre terapeuții de cuplu și familie.

Terapia structurală, dezvoltată de Salvatore Minuchin (1974), are ca scop crearea de strategii de intervenție puternice de redistribuire a puterii, reconsiderare a limitelelor și recreare de alianțe în cadrul familiilor. Pentru această abordare, psihoterapia pentru terapeuți este irelevantă. Deși terapeuții care se angajează în terapie personală nu sunt văzuți ca amenințând eficacitatea lor clinică, prin faptul de a fi cooptați de perspective mai învechite, mai tradiționaliste, Minuchin nu s-a referit niciodată la terapia personală a terapeuților și nici succesorii săi din orientările structurale/strategice care derivă din acest model. Lucru interesant, abordările structuraliste pun un accent puternic pe dezvoltarea unei alianțe terapeutice cu familiile, dar aproape fără a face vreo considerare legată de cum ar trebui terapeuții să își dezvolte propriile personalități pentru a fi capabili să formeze astfel de alianțe cu o varietate atât de mare de familii. În schimb, terapeuții structuraliști erau încurajați să învețe o sumă de operații de „alăturare", fără o conștiință a faptului că autocunoașterea ar putea ajuta în construirea acestei abilități (Minuchin și Fishman, 1981).

Un alt set proeminent de modele pentru terapia de cuplu și familie se bazează pe tradiția cognitiv-comportamentală. Aceste orientări aduc cu sine și o liniște în ceea ce privește rolul terapiei personale, prin aceea ca nici nu-i susțin și nici nu-i neagă meritele. Accentul în terapia comportamentală maritală (Jacobson și Margolin, 1979; Stuart, 1980) și terapia de familie comportamentală, cu probleme de tipul tulburărilor de comportament/conduită (Patterson, 1982) și delincvența adolescentină, s-a pus în mod clar pe intervențiile active, dar acordând puțină sau nici

o atenție persoanei terapeutului. Peste ani, terapeuții comportamentaliști de cuplu și de familie și-au schimbat atitudinea de la a ignora alianța terapeutică la a admite că terapeuții trebuie să fie implicați în angajamentul și cooperarea clienților (Alexander și Parsons, 1982; Patterson și Chamberlain, 1992), dar nu și-au schimbat însă atitudinea indiferentă față de rolul terapiei terapeuților. Oricum, observația informală sugerează că terapeuții comportamentaliști de cuplu și familie au fost întotdeauna mai puțin contra terapiei personale decât terapeuții care practică modele strategice sau de rezolvare a problemelor.

Dimpotrivă, unele modele de terapie de familie au accentuat terapia personală pentru terapeuți. Unele abordări subliniază angajarea terapeuților în terapie personală, în timpul cărora își examinează propriile experiențe familiale, cu scopul schimbării atât a interacțiunilor în curs, cu familia, cât și a reprezentării interne a acelor interacțiuni. Alte modele au reliefat, în linii mari, valoarea terapeuților care caută terapie cu scopul de a le permite să lucreze mai eficient ca terapeuți. În cele ce urmează, sunt avute în vedere șase dintre aceste modele.

Carl Whitaker (Whitaker și Keith, 1981), într-un model inițial care și-a avut bazele în tradiția experiențială, a sugerat că terapeuții ar fi mult mai eficienți dacă ar rămâne centrați pe lucrul cu familiile, în timp ce și-ar experimenta complet contratransferurile. Whitaker a accentuat cu tărie dezvoltarea autenticității terapeuților și experiența în timpul terapiilor lor personale, ca și alte experiențe de viață. Dat fiind un model centrat pe experiența autentică a clientului cu un terapeut capabil să-și ulilizeze propriile procese inconștiente pentru scopuri terapeutice, terapia personală devine aspectul esențial al formării pentru terapeuți. În mod remarcabil, Whitaker a subliniat și valoarea terapeutică a terapiei pentru terapeuți, ca și pentru clienți. Whitaker a fost terapeut multor terapeuți și a fost în special responsabil de popularizarea terapiei de familie pentru terapeuți.

O abordare conexă a fost cea a Virginiei Satir (1986). Munca lui Satir, care a accentuat foarte mult autenticitatea terapeutului, a fost influențată de mișcarea pentru contact uman. Un accent considerabil a fost pus pe dezvoltarea propriei experiențe a terapeutului, în special în grup sau în formate de familie.

Bazându-se pe o tradiție destul de diferită, aceea a psihoterapiei psihanalitice, dar incluzând multe dintre aceleași teme ca și Whitaker și Satir, James Framo (1981) a fost pionierul unei metode de ședințe de familie-de-origine, care a avut un impact extrem de mare asupra terapiei pentru terapeuții de familie. Mai degrabă decât să trateze în comun

întreaga familie (cum ar fi făcut Whitaker), Framo a condus majoritatea ședințelor cu un singur individ sau cu un cuplu, dar incluzând ședințe cu familia-de-origine în contextul acelei terapii. Aceste ședințe, în timpul cărora clienții originali ar aborda probleme cu familiile lor, ar fi privite ca evenimente centrale în tratament, în jurul cărora s-ar organiza mare parte din restul terapiei. Dată fiind importanța, pe care mulți dintre terapeuții de cuplu și familie o atribuie legăturii de familie, și relativa ușurință de organizare a acestor ședințe cu familia-de-origine, comparată cu implicarea logisticii într-o terapie de familie completă, a beneficia de o astfel de ședință sau ședințe cu familia devine un mod de tratament foarte obișnuit pentru terapeuții de familie.

Murray Bowen (1978) a creat ceea ce este poate cea mai influentă metodă pentru terapeuții de familie care lucrează cu propria familie-de-origine. Abordarea lui Bowen reliefează indivizi luați separat sau cupluri, concentrându-se în terapia lor pe eforturile curente de a se angaja în și de a procesa relații cu familiile lor de origine. În mod obișnuit, familiile acestor indivizi nu sunt niciodată văzute în ședințe, dar sunt continuu în centrul atenției, dat fiind că terapeuții se manifestă ca mediatori în a ajuta clienții să proceseze reacțiile lor față de familii și să găsească ceea ce Bowen numște moduri foarte „diferențiate" de a relaționa cu ei. Obiectivele terapiei lui Bowen se referă la reexperimentarea familiei unei persoane dintr-o poziție de observator, reconectarea într-un mod cu totul nou și diferit la familie și, prin urmare, schimbarea de sine. Descrierea lui Bowen a propriilor eforturi de a explora această legătură cu familia sa de origine este una dintre lucrările clasice din terapia familiei (Bowen, 1978). Angajarea terapeuților în astfel de terapii a devenit o parte fundamentală a formării în metoda lui Bowen, precum și în unele dintre abordările influențate de el (Kramer, 1980). În mod interesant, astfel de explorări au devenit un aspect al formării în această metodă, astfel încât formarea și terapia personală au ajuns adesea să coincidă considerabil. Combinarea terapiei și a contextelor de formare este mai obișnuită decât necombinarea acestora pentru un terapeut de familie contemporan, care se presupune a fi experimentat unele forme ale ambelor moduri de lucru.

Terapeuții de familie psihanaliști centrați pe relațiile de obiect (Scharff și Scharff, 1987) și alți terapeuți de familie psihanaliști împărtășesc cu Bowen tendința de a recomanda formate de terapie individuală în ceea ce privește terapia terapeuților. Psihoterapiile tipice pentru acești terapeuți sunt psihanaliza și psihoterapia psihanalitică. În aceste modele, interacțiunile familiale ale clienților sunt văzute ca evocând reacții

contratransferenţiale puternice în terapeuţi. Tocmai de aceea, terapeuţii sunt încurajaţi să înveţe să identifice şi să gestioneze contratransferurile lor prin propriile explorări personale.

O tradiţie mai nouă şi în plină ascensiune în terapia de familie este terapia narativă (White şi Epston, 1990). Construită pe o perspectivă postmodernă care acordă importanţă vocilor individului, poveştilor şi perspectivelor acestuia, terapeuţii din această orientare pun un accent major pe înţelegerea propriilor poveşti. Cu o terapie concepută ca un schimb între două părţi egale într-o conversaţie, terapeuţii au fost încurajaţi să îşi examineze propriile naraţiuni, în propriile tratamente. La fel de mult ca în abordările psihanalitice, această explorare este făcută în special în contextul formatului individual de psihoterapie.

Cum văd terapia personală terapeuţii de familie şi sistemici

Deplasându-ne spre o poziţie meta în raport cu noţiunile îmbrăţişate de fiecare dintre aceste şcoli, vom elabora câteva concluzii rezumative despre cum este văzută terapia personală pentru specialiştii în sănătatea mintală, în cadrul terapiei de familie.

1. Terapia de familie include o diversitate de perspective privitoare la terapia personală. Susţinătorii terapiei personale vor să îi impună cu putere valoarea; alte abordări o privesc ca irelevantă, în timp ce alţii insinuează că ar putea fi chiar dureroasă. În mod fundamental, orientările psihanalitice, boweniene, narative şi experienţiale sunt cele mai deschise în ceea ce priveşte terapia personală pentru terapeuţi, abordările comportamentaliste şi structurale sunt neutre, iar orientările strategice cele mai refractare. Poate fi adăugat şi că, în terapiile de familie mai noi „susţinute empiric", care derivă din abordările comportamentale şi structurale, terapia personală a terapeuţilor este rar menţionată în manualele care documentează aceste modele.

2. Deşi există ideologii puternice, care pleacă de la aceste modele, practica terapiei de cuplu şi de familie transcende adesea limitele şcolilor cărora le aparţine (Lebow, 1987). Majoritatea terapeuţilor de cuplu şi de familie se descriu ca integrativi sau eterogeni ca orientare, şi nu ca aderenţi ai unui model specific. Mai mult decât atât, majoritatea terapeuţilor de cuplu şi de familie au fost influenţaţi de tradiţiile din cadrul terapiilor lor individuale, precum şi de acelea din terapia de familie (Lebow, 1997). De aceea, pentru majoritatea terapeuţilor de cuplu şi de familie, la fel ca pentru toţi ceilalţi terapeuţi, este caracteristic să se

concentreze în dezvoltarea lor pe a fi centrați pe valoarea terapiei proprii și să continue să o folosească de-a lungul vieților lor, atunci când ei simt că le poate fi de ajutor. Majoritatea terapeuților de cuplu și de familie rămân pe poziția de adepți ai terapiei personale și este foarte probabil ca aceștia să se angajeze în așa ceva atunci când devin terapeuți individuali. Într-adevăr, ar trebui reliefat că terapia de cuplu și de familie este în mod ascendent un format oferit de o largă varietate de terapeuți, din diferite medii, și că ziua terapeutului de familie centrat pe ideologie pare să lase cale liberă practicianului, care folosește terapia de cuplu și de familie atunci când este oportun. Cu această schimbare, acei terapeuți care oferă terapie de cuplu și de familie ajung să fie aproape aceiași care se angajează într-o terapie individuală și este probabil ca tot aceștia să fie mai influențați de zeitgeist-ul (spiritul timpului) general în ceea ce privește terapia personală.

3. O alegere centrală pentru terapeuții de cuplu și de familie își are originea în formatul propriilor terapii, adică dacă terapia lor personală este individuală, de cuplu sau de familie. Unele modele, în special cele ale terapeuților de familie de la început, au afirmat puternic valoarea specială a terapeuților care o practică în propriile terapii de familie, în mod special, cu familia-de-origine. Pentru alte abordări, în special în tradițiile psihanalitice și narative, terapia individuală a fost văzută inițial ca formatul principal pentru dezvoltarea personală a terapeuților de familie.

4. O diferență pragmatică ce separă terapeuții de familie de alți terapeuți ar fi aceea că este mult mai obișnuit pentru terapeuții de familie să experimenteze o varietate mai mare de formate de terapie decât colegii lor din terapiile individuale și să participe în terapii individuale, de cuplu și de familie în anumite momente ale vieții lor. Considerarea formatelor multiple și a obiectivelor distincte ale acestor formate face ca terapeuții de cuplu și de familie să se angajeze adesea în multe terapii diferite atât simultan, cât și serial și, în mod obișnuit, să acumuleze mulți ani de terapie de-a lungul vieții.

5. În ciuda deschiderii majorității terapeuților de familie către terapia personală, a fost creată o cultură a aderenților la anumite modele (cum ar fi cel strategic sau cel centrat pe rezolvarea de probleme), astfel încât a devenit atipic pentru acei treapeuți să participe la propria terapie. Mai mult decât atât, pentru că acești terapeuți de familie lucrează într-un fel de comunitate insulară, în care practica, formarea și dezvoltarea profesională sunt frecvent îndepărtate de structurile tradiționale ca psihiatria, psihologia și asistența socială, cei formați în aceste modele

ale terapiei de familie pot să nu fie niciodată expuși unui context în care terapia personală pentru terapeuți să fie obișnuită.

6. Terapia de cuplu este probabil cel mai frecvent format conjugat în care terapeuții de cuplu și de familie participă la psihoterapie. Deschiderea terapeuților de familie în a îmbina terapiile, accesibilitatea imediată a terapeuților care se specializează în această metodă și valoarea aproape universală a acestei metode pentru cupluri, toate acestea fac ca terapia de cuplu să fie foarte utilizată printre terapeuții de cuplu și de familie.

Bibliografie:

Ackerman, N.W, *The psychodynamics of family life,* Basic Books, New York, 1958

Alexander, J.F. și Parsons, B., *Functional family therapy: Principles and procedures,* Brooks/ Cole, Carmel, California, 1982

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. și Weakland, J., „Toward a theory of schizophrenia" în *Behavioral Science,* 1, 1954, p. 251-264

Bowen, M., *Family therapy in ciinical practice,* Aronson, Northvale, New York, 1978

Framo, J.L., „The integration of marital therapy with sessions with family of origin" în *Handbook of family therapy,* A. S. Gurman și D. P. Kniskern (ed.), Brunner/Mazel, New York, 1981, p. 133-158

Gurman, A.S., Kniskern, D.P. și Pinsof, W.M., „Research on marital and family therapies" în *Handbook of psychotherapy and behavior change,* S.L. Garfield și A.E. Bergin (ed.), Wiley, New York, 1986, ed. a 3-a, p. 565-624

Haley, J., *Strategies of psychoterapy,* Grune and Stratton, New York, 1963

Haley, J., *Problem-solving therapy,* Jossey-Bass, 1976

Jacobson, N.S și Margolin, G., *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles,* Brunner/Mazel, New York, 1979

Kramer, C., *Becoming a family therapist,* Human Sciences Press, New York, 1980

Lebow, J.L., „Integrative family therapy: An overview of major issues" în *Psychotherapy, 40,* 1987, p. 584-594

Lebow, J.L., „The integrative revolution in couple and family therapy" în *Family Process, 36,* 1997, p. 1-20

Minuchin, S., *Families and family therapy,* Harvard University Press, Cambridge, 1974

Minuchin, S. și Fishman, C., *Family therapy techniques,* Harvard University Press, Cambridge, 1981

Patterson, G.R., *Coercive family process*, Castalia, Eugene, 1982

Patterson, G.R. şi Chamberlain, P., „A functional analysis of resistance (A neobehavioral perspective)" în *Why don't people change? New perspectives on resistance and noncomplicance*, H. Arkowitz (ed.), Gulford, New York, 1992, p. 220-242

Satir, V., *Conjoint family therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto, 1986

Scharff, D. şi Scharff, J.S., *Object relations family therapy*, Aronson, New York, 1987

Stuart, R., *Helping couples change*, Guilford, New York, 1980

Watzlawick, P., Weakland, J. şi Fisch, R., *Change*, Norton, New York, 1974

Whitaker, C.A. şi Keith, D.V., „Symbolic-experiential family therapy" în *Handbook of family therapy*, A.S. Gurman şi D.P. Kniskern (ed.), Brunner/Mazel, New York, 1981

White, M., şi Epston, D., *Narrative means to therapeutic ends*, Norton, New York, 1990

Partea a II-a

TERAPEUTUL CA PACIENT

Experiențe personale: Mărturii ale terapeuților pacienți

Capitolul 7

Experienţa mea de analiză cu Fairbairn şi Winnicott

Cât de complet este rezultatul atins în terapia psihanalitică?

de Harry Guntrip

Nu mi se pare folositor să încerc să dau un răspuns pur teoretic întrebării formulate în subtitlu. Teoria nu mi se pare a avea o semnificaţie majoră. Teoria este un servitor bun, dar un stăpân rău, răspunzătoare pentru crearea de apărători ortodocşi în fiecare varietate de credinţă. S-ar cuveni ca întotdeauna să luăm teoria mai uşor şi să căutăm căi prin care să ne îmbunătăţim în lumina practicii terapeutice. Doar practica terapeutică este adevăratul conţinut în această chestiune. În ultimă instanţă, terapeuţii buni sunt născuţi neformaţi şi iau ce este mai bun din formare. Poate că întrebarea „Cât de complet este rezultatul atins în terapia psihanalitică?" ridică o altă întrebare: „Cât de complet este rezultatul pe care propria analiză l-a atins?". Analiştilor li se recomandă să fie deschişi perfecţionărilor postanalitice, de aceea probabil nu ne putem aştepta ca „o analiză" să facă o treabă „completă" pentru totdeauna. Trebuie să cunoaştem dezvoltările postanalitice, dacă vrem să putem evalua rezultatele actuale ale primei analize. Nu putem să tratăm această întrebare pur şi simplu pe baza amintirilor noastre ca pacienţi. Acestea vor fi incomplete în prima analiză şi inexistente după. Cum această întrebare are o relevanţă neaşteptată şi de primă importanţă în cazul meu, am fost fascinat de a mă lupta cu ea, aşa că ar trebui să îmi asum riscul de a oferi o relatare a propriei analize cu Fairbairn şi Winnicott şi efectele de după: mai ales că acesta este singurul mod în care pot prezenta o imagine realistă a ceea ce consider eu că reprezintă relaţia dintre respectivele contribuţii ale acestor doi remarcabili analişti şi ceea ce le datorez.

Întrebarea „Cât de complet poate fi un rezultat?" are o importanţă fascinantă pentru mine, fiind legată de un factor neobişnuit: o amnezie

totală cauzată de o traumă severă pe care am suferit-o la vârsta de trei ani și jumătate, privind moartea unui frate mai mic. Doi analiști au eșuat în a trece de acea amnezie, dar a fost rezolvată după ce „și-au luat mâna de pe mine", cu siguranță doar pentru că ceea ce au realizat ei a fost să „domolească" reprimarea majoră. Sper ca această chestiune să reprezinte interes atât din punct de vedere teoretic, cât și uman. Lunga căutare a unei soluții pentru acea problemă a fost prea interiorizată, în interesul de a fi pe de-a-ntregul acceptată, dar nu am avut nici o opțiune, și cum nu am putut să o ignor, am transformat-o într-o vocație prin care aș putea măcar să îi ajut pe ceilalți. Atât Fairbairn, cât și Winnicott au crezut că, dacă nu aș fi suferit acea traumă, nu aș fi devenit psihoterapeut. Fairbairn chiar a spus odată: „Nu pot să mă gândesc la ceea ce ar putea să ne fi motivat pe vreunul dintre noi să devenim psihoterapeuți, dacă nu am fi avut probleme noi înșine". Nu era un om foarte optimist și odată mi-a spus: „Patternul de bază al personalității, odată fixat în copilăria mică, nu poate fi schimbat. Emoția din vechile patternuri poate fi secată prin experiențe noi, dar apa poate curge din nou prin vechile albii". Nu poți oferi nimănui o altă istorie. Într-o altă ocazie, el a spus: „Poți să continui să analizezi tot timpul, fără să ajungi nicăieri. Relația personală este cea terapeutică. Știința nu are valori în afară de valorile științifice, valorile schizoide ale investigatorului care stă în afara vieții și privește. Este doar productiv, folositor pentru un timp, dar apoi trebuie să te întorci la a trăi". Aceasta era perspectiva lui asupra „analistului oglindă", un observator neimplicat, care doar interpretează. Cu toatea acestea, a susținut că interpretarea psihanalitică nu este terapeutică per se, ci doar dacă ea exprimă o relație personală de înțelegere autentică. Perspectiva mea este că știința nu este neapărat schizoidă, dar este într-adevăr motivată practic și devine adesea schizoidă pentru că oferă un refugiu atât de evident intelectualilor schizoizi. Nu este loc de așa ceva în psihoterapie, sub nici o formă.

Am susținut deja ideea că terapia psihanalitică nu este pur teoretică, ci o înțelegere autentică a relației personale și publicasem deja această perspectivă în prima mea carte, înainte de a fi auzit de Fairbairn; după ce i-am citit lucrările, în 1949, am mers la el pentru că, din punct de vedere filosofic, ne aflam pe același plan și astfel nici un dezacord intelectual nu avea cum să intervină în analiză. Dar capacitatea de a construi relații nu depinde numai de teoria noastră. Nu oricine are aceeași abilitate de a construi relații personale și toți putem construi relații personale mai ușor cu unii oameni și mai greu cu alții. Aici intră în joc imprevizibilul factor al „potrivirii naturale". Cu toate acestea, în ciuda convingerilor

lui, Fairbairn nu avea aceeași capacitate pentru „legăturile personale" naturale și spontane pe care o avea Winnicott. Cu mine era mai mult un „interpret tehnic" decât credea că este sau decât m-am așteptat eu: dar chiar și asta cere o calificare. Am mers la el în anii 1950, atunci când trecuse de punctul culminant al puterilor sale creative din anii 1940, iar sănătatea începea să i se degradeze. Mi-a spus că, în anii 1930 și 1940, tratase cu succes un număr de schizofrenici și de persoane în regresie. Practic, această experiență stă în spatele „revizuirii" sale „teoretice" din anii 1940. A simțit că făcuse o greșeală totuși publicându-și teoria înaintea evidenței clinice. Între 1927 și 1935 a fost psihiatru la University Psychological Clinic for Children (Clinica Psihologică Universitară pentru Copii) și a lucrat foarte mult și pentru N.S.P.C.C. Cum nimeni nu poate fi impersonal când este vorba de copii, el a întrebat odată o fetiță a cărei mamă o distrusese fără milă: „Ți-ar plăcea să-ți găsesc o altfel de mami?" Fetița a răspuns: „Nu. O vreau pe mami a mea", arătând intensitatea relației libidinale de obiect rău. Diavolul pe care îl cunoști este mai bun decât diavolul pe care nu îl cunoști și mai bun decât lipsa lui. Dintr-o astfel de experiență cu psihotici, persoane în regresie și copii pacienți, revizuirea lui teoretică a căpătat noi dimensiuni, bazându-se pe *calitatea* relațiilor părinte-copil mai degrabă decât pe *stadiile* creșterii biologice, o „teorie a personalității", nu o „teorie a controlului energiei" impersonală. A strâns laolaltă toate argumentele spunând că, de fapt, „cauza problemelor este că părinții întrucâtva eșuează în a ajunge la copil, în sensul de a-i lăsa să înțeleagă că sunt iubiți așa cum sunt, ca persoane în deplinătatea drepturilor lor". Prin anii 1950, când eram deja în terapie la el, a refuzat într-un mod înțelept să se angajeze în efortul de a trata pacienți în regresie severă. Spre uimirea mea, l-am surprins întorcându-se gradual spre „analistul clasic", cu o „tehnică interpretativă", chiar când am simțit că aveam nevoie să regresez la nivelul acelei traume infantile.

Stephen Morse (1972), în studiul său asupra „structurii", bazându-se pe lucrările lui Winnicott și Balint, a concluzionat că aceștia au descoperit noi informații, dar că nu au putut dezvolta teoria structurală într-un mod care ar fi putut explica acele informații; într-un fel, el a simțit că acest lucru putea fi făcut prin ceea ce el a numit „metafora Fairbairn-Guntrip". Prin faptul de a fi avut beneficiul analizei cu cei doi analiști remarcabili, am găsit că poziția era cumva mai complexă decât atât. Relația dintre Fairbairn și Winnicott este, în egală măsură, importantă, din punct de vedere teoretic, și intrigantă. La o primă vedere, erau destul de diferiți în ceea ce privește modul de gândire și metoda de lucru, ceea i-a împiedicat să știe cât de aproape erau, spre sfârșit, de rezolvare. Amândoi

aveau rădăcini adânci în teoria şi terapia freudiană clasică şi amândoi au depăşit-o pe căile lor diferite. Fairbairn a văzut aceasta într-un mod intelectual mai clar decât Winnicott. Cu toate acestea, în anii 1950, Fairbairn era mai riguros în practica clinică decât Winnicott. Aveam doar peste 1.000 de şedinţe cu Fairbairn, în 1950, şi doar peste 150 cu Winnicott, în 1960. Pentru propriul beneficiu, am păstrat consemnări detaliate ale şedinţelor cu amândoi şi toată corespondenţa lor. Winnicott relata: „N-am avut niciodată un pacient care să îmi poată spune atât de exact ce am spus data trecută". Articolul lui Morse a sugerat o restudiere a înregistrărilor făcute cu un an înainte şi am fost intrigat să văd lumina pe care acestea au aruncat-o asupra motivelor pentru care *cele două analize au eşuat în a-mi rezolva amnezia acelei traume de la trei ani şi jumătate, şi, totuşi, fiecare dintre ei, în feluri diferite, m-a pregătit pentru o rezolvare a acesteia într-o etapă postanalitică.* A trebuit să mă întreb din nou: „Ce este procesul terapeutic analitic?"

În general, am găsit că Fairbairn devenea mai *riguros în practică* decât în teorie, în timp ce Winnicott era mai *revoluţionar în practică* decât în teorie. Împreună, erau părţi opuse care se completau. Sutherland a scris în necrologul lui Fairbairn, în 1965:

> Fairbairn părea să aibă un aer întrucâtva formal — un aristocrat notabil, dar stând de vorbă cu el mi-am dat seama că nu era deloc formal sau distant. Arta şi religia erau pentru el expresii profunde ale nevoilor omului, pentru care simţea un adânc respect, dar interesele sale au dezvăluit un conservatorism mai degrabă neobişnuit.

L-am găsit formal în şedinţe, tipul de analist precis în interpretările intelectualiste, dar după şedinţe discutam teorie şi devenea atunci mai flexibil. Am avut ocazia să-l întâlnesc şi pe omul Fairbairn, atunci când am vorbit faţă în faţă. Practic era tatăl meu cel înţelegător după şedinţe, iar în timpul şedinţelor, în transfer, era mama mea rea şi dominatoare, impunând interpretări exacte. După anii 1940, reprezentativi pentru experimentarea creativă, i-am simţit conservatorismul care se strecura încet în munca sa, în anii 1950. Şocul morţii subite a soţiei sale, din 1952, i-a creat probleme familiale evidente. La începutul anilor 1950 a avut primul atac de gripă virală, următoarele devenind mai virulente o dată cu trecerea anilor. Timp de doi ani după moartea soţiei sale, a muncit din greu la remarcabila lui lucrare *Observations on the Nature of Hysterical States* (*Observaţii asupra naturii stărilor isterice*) (Fairbairn, 1954) care a finalizat gândirea sa originală. Şi-a clarificat perspectivele despre „psihanaliză şi ştiinţă" în două lucrări (Fairbairn, 1952b, 1955). Exista

totuşi o shimbare subtilă în următorul său volum, *Considerations Arising out of the Schreber Case* (*Consideraţii ivite din cazul Schreber*) (Fairbairn, 1956). Aici el a dat înapoi de la psihologia „Eului şi a relaţiilor de obiect", explicând totul ca datorându-se „scenei primare" a excitaţiilor libidinale şi a fricilor. În sfârşit, în ultima sa lucrare, *On the Nature and Aims of Psychoanalytical Treatment* (*Despre natura şi scopurile tratamentului psihanalitic*) (Fairbairn, 1958), întregul accent era pus pe „sistemul intern închis" al analizei oedipiene în linii mari, nu în termen de instincte, ci de relaţii de obiect rău internalizate, libidinalizate şi antilibidinalizate. M-am dus la el pentru a trece de amnezia legată de trauma generată de moartea fratelui meu, înspre orice ar fi fost în spatele acesteia în perioada infantilă. Acolo am simţit că s-ar găsi cauza experienţelor vagi care constituiau fondul întregii mele existenţe, manifestată prin izolare shizoidă şi irealitate, şi ştiam că trebuie să fi avut de-a face cu relaţiile mele timpurii cu mama, deşi nu posedam decât datele pe care ea mi le furnizase.

După moartea fratelui meu Percy, am intrat într-o înfruntare reală cu mama, care a ţinut patru ani, pentru a o forţa „să relaţioneze" cu mine, după care m-am dat bătut şi am crescut departe de ea. Voi numi aceasta, din convenienţă, perioada de relaţii de obiect rău oedipiene internalizate: mi-a marcat visele, în timp ce brusc şi în mod repetat obişnuiau să erupă experienţe shizoide. Fairbairn le-a interpretat în mod hotărât ca „retragere", în sensul de „fugă" de relaţii de obiect rău internalizate. M-a adus înapoi, în mod repetat, la conflictele oedipiene cu trei persoane libidinale şi antilibidinale în „lumea mea interioară", la „clivajul obiectelor" kleinian şi „clivajul Eului" fairbairnian în sensul excitaţiilor libidinale oedipiene. În 1956 i-am scris pentru a-l întreba exact ce credea despre complexul Oedip, iar el a răspuns: „Complexul Oedip este central pentru terapie, dar nu pentru teorie". I-am răspuns la rândul meu că nu puteam accepta acest lucru: pentru mine teoria *era* teoria *terapiei*, iar ceea ce e adevărat pentru una trebuie să fie la fel de adevărat şi pentru cealaltă. Am dezvoltat o dublă rezistenţă faţă de el în mod conştient, în parte simţind că el este mama mea rea impunându-şi perspectivele în faţa mea şi, pe de altă parte, fiind în dezacord cu el în mod deschis, pe baze autentice. Am început să insist asupra faptului că problema mea reală nu era constituită de relaţiile proaste de după perioada Percy, ci de „eşecul de a relaţiona în orice fel" al mamei mele. Mi-am spus că am simţit că analiza oedipiană m-a ţinut pe loc atât timp, făcându-mă să folosesc relaţiile proaste ca mai bune decât nimic, păstrându-le operative în lumea mea interioară ca *apărare împotriva problemei schizoide mai adânci*. El a văzut

aceasta ca o trăsătură defensivă a „retragerii" (Fairbairn, 1952a, capitolul 1). Eu am simţit-o ca pe o problemă de sine stătătoare, nu doar ca pe o apărare împotriva sistemului lui închis — „lume internă a relaţiilor de obiect rău".

Dar analiza mea oedipiană cu Fairbairn nu a fost o pierdere de timp. Apărările trebuie analizate şi acest lucru mi-a pus în vedere faptul că reprimasem într-adevăr trauma morţii lui Percy, toate acestea stând în spatele ei, prin construirea peste aceasta a unui complex de experienţe de luptă susţinută în relaţiile de obiect rău cu mama, pe care a trebuit să le reprim. Aceasta a constituit baza ruperii de vise şi producerea intermitentă a simptomelor de conversie. Fairbairn a insistat în continuare că aceasta era *sursa* psihopatologiei mele. Se înşela cu siguranţă, dar a trebuit să fie analizată radical pentru a putea deschide calea către adâncimile mai adânci. Chiar aşa s-a şi întâmplat. Fenomenele schizoide labil regresive şi negative se vâră cu forţa în materialul pe care eu i l-am procurat, şi într-un final chiar şi el a început să accepte în teorie ceea ce nu a mai reuşit să gestioneze în practică, dată fiind starea lui de sănătate. A acceptat generos conceptul meu de „Eu regresat", smuls din „Eul libidinal" şi renunţând, ca lipsit de orice speranţă, la lupta de a primi un răspuns de la mamă. Atunci când am publicat acea idee, Winnicott mi-a scris ca să mă întrebe: „Este Eul tău regresat retras sau reprimat?" Eu i-am răspuns: „Amândouă. Mai întâi retras şi apoi ţinut reprimat". Fairbairn mi-a scris pentru a-mi spune:

> Aceasta este ideea ta, nu a mea, originală şi explicând ceea ce eu nu am fost niciodată capabil să consider în teoria mea, regresia. Accentul tău pus pe slăbiciunea Eului produce rezultate terapeutice mai bune decât interpretarea în termeni de tensiuni libidinale şi antilibidinale.

Când, în 1960, am scris „Ego-weakness, the Hard Core of the Problem of Psychotherapy" („Slăbiciunea Eului, miezul problemei psihoterapiei"), mi-a scris pentru a-mi spune: „Dacă aş putea scrie acum, despre asta aş scrie". Am ştiut că teoria mea era, în linii mari, corectă, dat fiind că de fapt conceptualiza ceea ce nu putuse fi cuprins în analiză. Cu mult curaj, cred, el a acceptat asta.

Ar trebui să îmi termin relatarea despre Fairbairn ca analist şi om ilustrând diferenţa de „tip de om" dintre el şi Winnicott, un factor care joacă un rol important în terapie. Felul în care este aranjat chiar şi cabinetul de consultaţii creează o atmosferă plină de sens. Fairbairn locuia la ţară şi vedea pacienţii în vechea casă a familiei Fairbairn, în Edinburgh. Am intrat într-un salon mare pe post de sală de aşteptare, mobilată cu

antichităţi valoroase şi de bun-gust, care dădea în cabinetul de consultaţii, de asemenea foarte mare, cu o bibliotecă masivă şi antică acoperind un perete aproape în întregime. Fairbairn se aşeza în spatele unui birou cu o tăblie lată, „cu mare pompă", credeam eu, într-un fotoliu cu spatele înalt şi îmbrăcat în pluş. Canapeaua pacientului era orientată cu partea capului înspre faţa biroului. Câteodată mă gândeam că putea să ajungă la mine peste birou şi să mă lovească peste cap. Toate acestea erau suprinzătoare, având în vedere că el era un analist care nu credea în teoria „analistului oglindă". Nu peste mult timp am realizat că eu „alesesem" acea poziţie pe canapea, dar că era şi un divan într-o parte a biroului pe care puteam să mă fi aşezat dacă doream şi unde într-un final chiar m-am aşezat. Faptul că toată această situaţie care impunea a avut un conţinut inconştient transferenţial mi-a devenit dintr-o dată clar, în urma unui vis, în prima lună. Trebuie să explic că tatăl meu a fost un predicator local metodist de o elocinţă extraordinară ca orator şi că, din 1885, a construit şi a condus o Sală a Misiunii, transformată ulterior într-o biserică, pe care o putem vedea şi astăzi. În toţi anii mei de vise nu a apărut niciodată altfel decât ca figură suportivă faţă de mama şi chiar şi ea nu şi-a pierdut *niciodată* cumpătul în prezenţa lui. Îl voiam pe Fairbairn în transfer ca un tată protector, ajutându-mă să îi fac faţă mamei mele agresive, dar inconştient am simţit altceva, după cum am şi visat:

> Eram în Sala Misiunii a tatălui meu. Fairbairn era pe podium, dar avea faţa aspră a mamei. Stau culcat pe o canapea pe podeaua sălii, cu partea capului îndreptată către faţa podiumului. El a coborât şi a spus: „Ştii dacă este uşa deschisă?" I-am spus: „Nu am lăsat-o deschisă" şi am fost foarte mulţumit pentru că l-am înfruntat, după care s-a întors pe podium.

Era o slab deghizată versiune a aranjării cabinetului său şi arăta că voiam ca el să fie tatăl meu suportiv, acea dorinţă fiind însă copleşită de un transfer clar negativ al mamei mele severe şi dominatoare. Aşa a şi rămas, precum şi mare parte din rolul transferenţial al lui Fairbairn „din şedinţe". A interpretat acest vis ca „în sus şi în jos", relaţia de „balans" cu părintele rău. Poate fi modificată numai întorcând cărţile. Am găsit acest lucru foarte revelator, conţinând toate ingredientele unor nevoi neîntâlnite, unei furii sufocate, unei spontaneităţi inhibate. În cursul şedinţelor era o atmosferă de transfer dominant. După şedinţe, Fairbairn putea să se relaxeze în timpul discuţiilor despre teorie şi terapie, devenind bunul şi umanul tată.

Acest transfer negativ din timpul şedinţelor era, simt eu, întărit de *interpretările* lui *foarte precise din punct de vedere intelectual*. Odată a

interpretat: „Ceva te exclude din procesul activ pe măsura dezvoltării acestuia". Eu aș fi spus-o: „Mama ta a nimicit Sinele tău natural activ". În schimb, el a analizat cu acuratețe lupta mea emoțională de a o forța pe mama să îmi fie mamă, după ce Percy a murit, și mi-a arătat cum internalizasem acest lucru. Aceasta ar fi trebuit să fie făcut în primul rând, dar el a ținut să se concentreze pe problema oedipiană centrală și nu a putut să accepte, decât când a fost prea târziu, că aceasta masca de fapt o mult mai adâncă și mai serioasă problemă. Mai târziu, Winnicott a remarcat de două ori: „Nu dai nici un semn că ai fi avut vreodată complexul Oedip". Patternul familiei mele nu era oedipian. Era tot timpul la fel în visele mele și este foarte bine scos în evidență de cel mai frapant dintre ele:

> Fusesem hărțuit de mama și stăteam într-o cameră discutând despre acest lucru cu tata. Mama mea era cea care mă hărțuia, și îi spuneam lui: „Știi, nu o să cedez niciodată în fața ei. Nu contează ce se întâmplă. Nu mă voi preda niciodată". El a zis: „Da. Știu asta. Mă duc să îi spun". Și s-a dus și i-a spus „Mai bine te-ai lăsa bătută. N-o să-l faci să se supună niciodată", iar ea a renunțat.

Stăruința îndârjită a lui Fairbairn în interpetările oedipiene, pe care nu am putut să le accept ca finale, l-a aruncat în rolul de mamă dominantă. A ajuns chiar la urechile noastre că Winnicott și Hoffer au crezut că adeziunea mea la teoria lui se datora faptului de a nu-i fi permis să îmi analizeze agresiunea în transfer. Dar ei nu erau acolo să mă vadă atunci când am doborât scrumiera de pe piedestal, am lovit opritorul de sticlă de la ușă, „accidental", bineînțeles, și nu că n-am știi ce înseamnă a fi în ședință, iar Fairbairn nu ezita să îmi atragă atenția asupra acestor fapte. Nu m-au văzut vreodată împrăștiind unele dintre cărțile sale din biblioteca aceea imensă pe jos, simbolistică a „smulgerii unui răspuns de la mamă" și apoi punându-le la loc în ordine pentru a face reparații *à la* Melanie Klein. După ședințe însă, puteam discuta și puteam găsi naturalul om cu inimă caldă în spatele analistului care interpreta atât de exact.

Cel mai bine pot să clarific lucrurile prin comparație cu Winnicott. Cabinetul lui era simplu, odihnitor în ceea ce privește culorile și mobila, neostentativ, plănuit cu grijă, așa cum mi-a spus doamna Winnicott, de amândoi, pentru a face pacientul să se simtă confortabil. Obișnuiam să bat la ușă și să intru, iar Winnicott se plimba tacticos, cu o ceașcă de ceai în mână și, cu un salut plin de viață, se așeza pe un scaun de lemn mic lângă canapea. Eu obișnuiam să stau așezat pe canapea pe o parte sau

culcat, după cum simțeam, și îmi schimbam poziția liber, în concordanță cu ceea ce simțeam sau ce spuneam. Întotdeauna la final, cum plecam, el ținea mâna întinsă pentru o strângere de mână prietenească. Atunci când am plecat de la Fairbairn după ultima ședință, am realizat dintr-o dată că, în toată această perioadă de timp, n-am dat niciodată mâna și că mă lăsa să plec fără acel gest prietenesc. Am întins mâna, iar el a luat-o imediat și am văzut câteva lacrimi scurgându-i-se pe față. *Am văzut inima caldă a acestui om cu o minte fină și o natură timidă.* Ne invita pe mine și pe soția mea la ceai de fiecare dată când o vizitam pe mama ei în Perthshire.

Pentru a da un sens sfârșitului analizei mele cu Fairbairn, ar trebui să fac o schiță scurtă a istoriei familiei mele. Mama mea a fost o „mămică" suprasolicitată înainte de a se mărita, fiind cea mai mare fiică dintre 11 copii și văzându-și patru dintre frații mai mici murind. Mama ei era o regină a frumuseții toantă, care i-a lăsat mamei mele grija a tot, chiar și în perioada când era la școală. De nefericită, a fugit de acasă la vârsta de 12 ani, dar a fost adusă înapoi. Cea mai bună caracteristică a ei era puternicul simț al datoriei și al responsabilității pentru mama ei rămasă văduvă și pentru cei trei frați mai mici, fapt care l-a impresionat pe tata atunci când toți i-au devenit enoriași. S-au căsătorit în 1898, dar tatăl meu nu știa că ea se săturase de atâta îngrijit copii și că nu mai voia să audă de asta. În adolescența mea, uneori devenea încrezătoare și îmi împărtășea faptele frapante ale istoriei de familie, inclusiv faptul că pe mine mă alăptase pentru că, de fapt, credea că acest lucru ar fi prevenit o altă sarcină, că a refuzat să îl alăpteze pe Percy, iar acesta a murit, după care a refuzat orice relație intimă. Tatăl meu era cel mai mic fiu al unei familii de sacerdoți conservatori, un adept al stângii politice și un rebel nonconformist din punct de vedere religios, un antiimperialist care aproape și-a pierdut poziția în centrul financiar și comercial al orașului vechi al Londrei, refuzând să semneze petiția de război pro-Boer propusă de corporație. Acea anxietate trecătoare i-a oferit mamei mele ocazia de a mă înțărca brusc și de a-și începe propria afacere. Ne-am mutat când aveam un an. A ales o amplasare proastă și am pierdut bani în mod constant, timp de șapte ani; cu toate acestea, totul fusese mai mult decât redobândit atunci când ne-am mutat din nou. *Acei șapte ani din viața mea, șase dintre ei la primul magazin, au reprezentat o perioadă de tulburări majore pentru mine.* Am fost lăsat în grija unei mătuși invalide, care trăia împreună cu noi. Percy s-a născut când eu aveam doi ani și a murit când aveam trei ani și jumătate. Mama mi-a spus că tata i-ar fi reproșat că ar fi trăit dacă l-ar fi alăptat, iar ea s-a enervat. Au fost niște timpuri foarte tulburi.

Atunci când a îmbătrânit, dat fiind că locuia în casa noastră, obişnuia să facă dezvăluiri. „Ar fi trebuit să nu mă fi căsătorit niciodată şi să fac copii. Natura nu m-a făcut pe mine să fiu soţie şi mamă, ci o femeie de afaceri." Sau: „Nu cred că i-am înţeles vreodată pe copii. N-aş putea niciodată să-mi bat capul cu ei".

Mi-a spus că, la vârsta de trei ani şi jumătate, am intrat într-o cameră şi l-am văzut pe Percy întins gol şi mort pe genunchii ei. M-am îndreptat grăbit înspre ea, l-am prins pe Percy şi am spus: „Nu-l lăsa să plece. Nu-l vei mai avea niciodată înapoi!" M-a trimis afară din cameră; m-am îmbolnăvit într-un mod misterios şi se credea că sunt pe moarte. Doctorul ei spunea: „Moare de inimă rea după fratele său. Dacă inteligenţa dumneavoastră nativă nu îl poate salva, nici eu nu pot", drept pentru care m-a dus la o mătuşă maternă care avea o familie, unde m-am recuperat. Şi Fairbairn, şi Winnicott s-au gândit că aş fi murit dacă nu m-ar fi trimis departe de ea. Toată memoria legată de aceasta a fost complet reprimată. Amnezia a ţinut pe tot parcursul vieţii mele şi al celor două analize, până la 70 de ani, cu trei ani în urmă. A rămas însă vie în mine, gata să se declanşeze într-o manieră nerecunoscută, din pricina unor evenimente asemănătoare, la perioade destul de îndelungate de timp. La vârsta de 26 de ani, la universitate, am legat o prietenie strânsă cu un coleg student care era reprezentarea unui frate pentru mine. Când a plecat, iar eu m-am întors acasă în vacanţă la mama, m-am îmbolnăvit de o misterioasă boală a epuizării, care a dispărut imediat după ce am plecat de acasă şi m-am întors la facultate. Nici măcar nu aveam idee că era echivalentul familiei acelei mătuşi. În anul 1938, la vârsta de 37 de ani, am devenit preot al unei înalte biserici din Leeds, cu o întrunire de duminică după-amiaza de 1.000 de persoane, cu o congregaţie de seară de 800 de persoane şi cu activităţi educaţionale, sociale şi recreaţionale bine organizate. Pentru că toate acesta erau mult prea mult pentru un preot, am avut un coleg care a devenit un alt substitut al lui Percy. A plecat pe când norii războiului începuseră să se zărească. Din nou, m-am îmbolnăvit de aceeaşi misterioasă boală de epuizare. Totul era redus la tăcere până la extenuare, dar pe atunci eram cunoscut din punct de vedere psihanalitic, studiasem teoria clasică cu Flugel, cunoşteam literatura de bază, aveam o teză de dizertaţie neterminată, sub supervizarea profesorului John Macmurray, căutând să traduc psihobiologia lui Freud, sau mai degrabă datele clinice în termeni filosofici de „relaţii personale", şi îmi studiasem propriile vise timp de doi ani. Aşa că fusesem prevenit atunci când această boală a adus un vis de proporţii:

Am coborât într-un mormânt și am văzut un bărbat îngropat de viu. A încercat să iasă, dar l-am amenințat cu boala, l-am încuiat înauntru și am plecat repede.

În dimineața următoare eram mai bine. Pentru prima dată am recunoscut reapariția bolii mele de după moartea lui Percy și am văzut că am trăit permanent dincolo de culmea reprimării acesteia. Am știut atunci că nu puteam să îmi găsesc liniștea până ce această problemă nu va fi fost rezolvată.

Am fost atras în psihoterapia de urgență, în timpul războiului, de profesorul de medicină din Leeds, numit pe un post de lector în Facultatea de Medicină, și am continuat să îmi studiez visele. Mi-am recitit de curând înregistrările și mi-am dat seama că nu făcusem decât interpretări oedipiene forțat clasice. Mult mai important a fost faptul că s-au evidențiat trei tipuri de vise: (1) o femeie sălbatică atacându-mă, (2) o figură tăcută, fermă și prietenoasă a tatălui susținându-mă și (3) un vis întruchipând o misterioasă amenințare cu moartea, cel mai clar exemplu bazându-se pe amintirea mamei mele ducându-mă la vârsta de șase ani în dormitorul mătușii mele invalide, crezută a fi pe moarte din cauza febrei reumatice, stând culcată, albă și tăcută. Astfel, într-un vis:

Lucram jos la biroul meu și dintr-o dată o bandă invizibilă de ectoplasmă mă legă de o invalidă pe moarte care se afla la etaj, trăgându-mă constant afară din cameră. Știam că voi fi absorbit în ea. M-am luptat și brusc banda s-a sfâșiat și am știut că sunt liber.

Știam îndeajuns de multe pentru a-mi da seama că amintirea mătușii mele pe moarte era o amintire paravan pentru reprimatul mort Percy, care încă încerca pe mine o inconștientă smulgere a vieții în colaps și moarte aparentă. Știam că, într-un fel, odată va trebui să fac o analiză. În 1946, profesorul Dicks m-a numit prim membru al personalului noului departament de psihiatrie și mi-a spus că, date fiind perspectivele mele, trebuie să-l citesc pe Fairbairn. Așa am făcut și, la sfârșitul anului 1949, l-am căutat pentru analiză.

Pentru primii puțini ani, analiza lui oedipiană în linii mari a lumii „relațiilor mele de obiect rău internalizate" a corespuns unei perioade reale a copilăriei mele. După moartea lui Percy și reîntoarcerea mea acasă, de la vârsta de trei ani jumătate până la cinci ani m-am luptat să o forțez pe mama să aibă grijă de mine prin îmbolnăviri psihosomatice neînsemnate, dureri de burtică, pistrui apăruți de la căldură, scăderea apetitului, constipație și febre dramatice și bruște, în cazul cărora obișnuia să îmi facă un pat-cort pe canapeaua din bucătărie și să vină din când în când

să mă vadă. Mi-a destăinuit că odată doctorul îi spusese: „N-o să mai vin niciodată la copilul ăsta. Mă sperie de moarte cu febrele astea bruște, iar a doua zi de dimineață nu mai are nimic". Nu aveau nici o bază. Pe la vârsta de cinci ani, mi-am schimbat tacticile. O școală nouă mai mare mi-a dat mai multă independență, iar mama mi-a spus: „Ai început să nu mă asculți". Obișnuia să fie cuprinsă de furii violente și să mă bată de pe la vârsta de cinci ani până pe la șapte ani. Când bețele pe care le folosea pentru a mă bate se rupeau, eram trimis să cumpăr altele. La vârsta de șapte ani, am mers la o școală și mai mare, dezvoltându-mi în mod constant o viață proprie în afara casei. Ne-am mutat, când aveam opt ani, la un alt magazin, unde afacerea mamei a avut un succes fulminant. A devenit astfel,mai puțin deprimată și mi-a dat toți banii de care aveam nevoie pentru plăcerile și activitățile mele din afara casei, pentru cercetași, sport și, treptat, am uitat aproape toate amintirile celor șapte ani groaznici. Analiza lui Fairbairn s-a confruntat cu toate acele frici, furii, vini, simptome tranzitorii psihosomatice, vise tulburătoare. La bătrânețe, mama a spus: „Atunci când au murit tatăl tău și matușa Mary și eram singură, am încercat să iau un câine, dar a trebuit să renunț la el. Nu puteam să mă opresc din a-l bate". Exact asta s-a întâmplat și cu mine. Nu e de mirare că am avut o lume interioară de relații de obiect rău excitate, libidinal internalizate și datorez atât de mult analizei radicale a lui Fairbairn.

După trei sau patru ani, am devenit convins că acest fapt mă ținea pe loc într-o lume sadomasochistă a *relațiilor de obiect rău* cu mama, ca o apărare împotriva unor probleme destul de diferite din perioada de dinaintea morții lui Percy. Acest material mai adânc și-a tot făcut loc. Criza a venit în decembrie 1957, atunci când vechiul prieten, a cărui plecare de la facultate mi-a cauzat prima erupție a acelei boli-Percy în 1927, a murit. Pentru a treia oară, epuizarea m-a lovit. Am continuat să merg la lucru și mă tot deplasam la Edinburgh pentru analiză, simțind că acum puteam să ajung la malul ei. Apoi, tocmai când simțeam că făceam unele progrese, Fairbairn s-a îmbolnăvit de o gripă virală gravă de care aproape a murit și a trebuit să înceteze lucrul timp de șase luni. A trebuit, ca urmare, să reinstaurez represia, dar odată începută „intelectualizarea" problemei, nu mai puteam să lucrez pe ea cu el în persoană. Nu era o pură intelectualizare prin gândire deliberată. Insight-uri spontane continuau să țâșnească tot timpul și le-am notat pe toate, pe măsură ce curgeau cu o intensitate fascinantă. Folosindu-mă de ele, am scris trei lucrări, care au devenit baza cărții mele, *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self (Fenomene schizoide, relațiile de obiect și sinele)*

(1968): *Ego-Weakness, the Core of the Problem of Psychotherapy* (*Slăbiciunea Eului, miezul problemei psihoterapiei*), scris în 1960 (capitolul 6), *The Schizoid Problem, Regression and the Struggle to Preserve an Ego* (*Problema schizoidă, regresia și lupta de a menține un Eu*) (capitolul 2), scrisă în 1961, și *The Manic-Depressive Problem in the Light of the Schizoid Process* (*Problema maniaco-depresivă în lumina procesului schizoid*) (capitolul 5), scrisă în 1962. În doi ani, acestea m-au purtat dincolo de punctul de oprire al analizei cu Fairbairn. El le-a acceptat cu generozitate pe toate ca întemeiate și ca o extensie necesară a teoriei lui.

Atunci când s-a întors la lucru, în 1959, am discutat moartea prietenului meu și boala lui Fairbairn, iar el a făcut o interpretare crucială: „Cred că, de când cu boala mea, nu mai sunt bunul tău tată sau mama ta rea, ci fratele tău pe moarte". Dintr-o dată am văzut situația analitică într-o lumină extraordinară și i-am scris chiar o scrisoare pe care o am încă, dar nu am trimis-o. Știam că asta ar fi pus o tensiune în plus asupra lui, pe care nu ar fi putut să o suporte, dată fiind sănătatea sa și așa precară. Mi-am dat seama dintr-o dată de faptul că nu puteam rezolva problema *cu* un analist. Am scris atunci: „Sunt într-o dilemă. Trebuie să termin analiza pentru a avea șansa de a o finaliza într-adevăr, dar atunci nu trebuie să mă ajutați dumneavoastră". Odată ajuns fratele meu în transfer, *a-l pierde* pe Fairbairn fie prin terminarea analizei de unul singur, fie prin a-i sta alături până avea să moară ar fi reprezentat moartea lui Percy și aș fi fost lăsat cu o erupție pe scală largă, ca urmare a acelui eveniment traumatic, și cu nimeni alături care să mă ajute. Putea Fairbairn să mă fi ajutat în această privință în analiză? Nu în acea stare de sănătate fragilă, iar eu mi-am rărit succesiv ședințele în acel an. Am multe motive pentru a-i fi recunoscător pentru faptul de a-mi fi stat alături, chiar și în acea stare de sănătate care era din ce în ce mai precară, până ce eu am atins acel insight critic. Forța propulsatoare din spatele scrierilor mele teoretice dintre 1959 și 1962 a fost reactivarea traumei-Percy, declanșatoare a unui tumult fascinant de idei spontane. Puteam să o conțin și să o folosesc pentru cercetări constructive, parțial pentru că, treptat, renunțam la Fairbairn, în parte pentru că el a acceptat validitatea ideilor mele și în parte pentru că mi-am rezolvat căutarea unei analize cu Winnicott înainte ca Fairbairn să moară.

Fairbairn m-a prezentat prima dată lui Winnicott în 1954, cerându-i să îmi trimită o copie a lucrării sale: „Regression within Psychoanalytical Setup" („Regresia în cadrul psihanalitic") (în Winnicott, 1958). A trimis-o, spre surpriza mea, împreună cu o scrisoare în care spunea: „Te invit să te concentrezi asupra relației tale cu Freud, astfel încât să ai propria

relație cu acesta, nu a lui Fairbairn. El risipește o bună parte a muncii sale încercând să-l detroneze pe Freud". Am schimbat un număr de trei scrisori lungi de fiecare parte. Am declarat că relația mea cu Freud fusese stabilită cu mulți ani în urmă, înainte de a fi auzit de Fairbairn, pe când studiam cu Flugel la universitate, în Londra. Am respins psihobiologia instinctelor a lui Freud, dar am văzut importanța descoperirilor sale din domeniul psihopatologiei. În ceea ce privește acea corespondență, găsesc acum că, într-o oarecare măsură, am anticipat concluzia lui Morse (1972) aproape în cuvintele sale, cu 18 ani înainte: faptul că „adevăratul Sine" al lui Winnicott nu are loc în teoria lui Freud. Ar putea fi găsit doar în Se, dar acest lucru este imposibil pentru că Se-ul este doar energie impersonală. De fapt, am simțit că Winnicott îl lăsase în urmă pe Freud în terapie, pe cât de mult Fairbairn îl lăsase în teorie. În 1961 i-am trimis un exemplar al cărții mele *Personality Structure and Human Interaction* (*Structura personalității și interacțiunea umană*) (Guntrip, 1961), iar el mi-a răspuns că își procurase deja unul. Îi citeam lucrările pe măsură ce erau publicate, așa cum făcea și Fairbairn, care l-a și descris ca „strălucit din punct de vedere clinic". Prin 1962 nu aveam nici o îndoială că el era singurul spre care puteam să mă îndrept pentru a beneficia de ajutor în continuare. Pe atunci puteam să merg la Londra doar o dată pe lună pentru câteva ședințe, dar analiza de care beneficiasem deja făcea analiza curentă mult mai accesibilă. Din 1962 până în 1968 aveam 150 de ședințe, iar valoarea lor analitică depășea cu mult numărul real. Winnicott a spus chiar că era surprins că se putea lucra atât de mult în ședințe atât de dispersate, acest fapt datorându-se în primul rând, cred, clarificărilor preliminare care fuseseră făcute cu Fairbairn și faptului că puteam ține analiza vie între vizite; cel mai mult însă se datora *pătrunderii psihologice intuitive a lui Winnicott în perioada timpurie a copilăriei la care aveam atâta nevoie să mă întorc.* Mi-a dat astfel posibilitatea de a ajunge la mărturii clare ale faptului că mama avusese aproape sigur o perioadă inițială de grijă maternă naturală cu mine, ca prim copil al ei, pentru câteva luni poate, înainte ca problemele ei de personalitate să mă priveze de acea „mamă bună". Aproape că uitasem de scrisoarea pe care nu i-am trimis-o lui Fairbairn în legătură cu dilema de a nu fi capabil fie de a termina analiza, fie de a o continua, o dată ce analistul meu a devenit Percy în transfer. A o termina ar fi însemnat echivalentul morții lui Percy și a nu avea pe nimeni să mă ajute în perioada imediat următoare. În cazul în care nu aș fi terminat-o, l-aș fi folosit pe analistul meu să prevină declanșarea traumei, dar tot nu aș fi primit ajutor, riscând să-mi moară în brațe. Amnezia legată de acea traumă timpurie nu a fost elucidată nici cu

Winnicott. Doar recent am realizat că, de fapt, fără să-şi dea seama, a schimbat toată natura problemei, dându-mi posibilitatea de a ajunge înapoi la *o mamă fundamental bună şi să o regăsesc recreată în el în transfer.* Am descoperit mai târziu că mă pusese într-o poziţie în care trebuia să înfrunt ceea ce se constituia a fi o dublă traumă, pe de o parte, cea a morţii lui Percy şi, pe de altă parte, cea a mamei care a eşuat în a avea grijă de mine.

Recitindu-mi consemnările, sunt uimit de rapiditatea cu care el a ajuns la miezul problemei. În prima şedinţă am menţionat amnezia traumei morţii lui Percy şi am simţit că avusesem o analiză radicală cu Fairbairn asupra „apărărilor de obiect rău internalizate" pe care le construisem împotriva acesteia, dar nu mersesem atât de departe, în jos, acolo unde simţeam eu că ar fi problema mea fundamentală, nu mama obiect rău activ sau perioada copilăriei următoare, *ci mama timpurie care a eşuat în a crea o legătură de orice fel.* Spre sfârşitul şedinţei, a zis: „Nu am încă nimic special de spus, dar dacă nu spun nimic, tu ai putea crede că nu sunt aici". În a doua şedinţă, a spus:

> Ştii lucruri despre mine, dar nu sunt încă o persoană apropiată ţie. Poţi să te îndepărtezi, să te simţi singur şi să simţi că nu sunt real. Trebuie să fi avut o boală, înainte ca Percy să se fi născut, şi să fi simţit că mama ta te-a lăsat să-ţi porţi singur de grijă. L-ai acceptat pe Percy ca pe sinele tău de copil care avea nevoie de grijă. Atunci când a murit, n-ai mai avut nimic şi ai fost dărâmat.

Aceasta era o intrepretare perfectă a relaţiilor de obiect, dar venind de la Winnicott, nu de la Fairbairn. Mult mai târziu, am spus că, din când în când, simţeam „o stare lipsită de viaţă, statică, ce nu se schimba, undeva adânc în fiinţa mea, având totodată senzaţia că nu pot să mă mişc". Atunci, Winnicott a spus:

> Dacă 100% din tine ar simţi asta, atunci probabil nu ai putea să te mişti şi cineva ar trebui să te mişte. După ce Percy a murit, tu ai fost dărâmat, tulburat, dar ai reuşit să salvezi îndeajuns din tine însuţi pentru a continua să trăieşti foarte activ şi să pui restul într-un cocon, reprimat, inconştient.

Aş vrea să fi avut destul timp să ilustrez mai în detaliu pătrunderea sa psihologică extraordinară, dar trebuie să dau un alt exemplu. Am spus că oamenii au avut de comentat întotdeauna asupra energiei şi activităţii mele neîncetate şi că în timpul şedinţelor nu îmi plăceau pauzele de tăcere, iar uneori vorbeam foarte tare. Fairbairn a interpretat acestea ca şi cum încercam să preiau controlul asupra analizei şi să joc rolul, să fur penisul

tatălui, rivalitate oedipiană. Winnicott a aruncat o lumină nouă și dramatică asupra faptului de a vorbi tare. Astfel, odată a spus:

> Problema ta este că acea boală a colapsului resimțit nu a fost niciodată rezolvată. A trebuit să te ții pe tine în viață, în ciuda acelui fapt. Nu poți să-ți iei existența de bună. Trebuie să muncești din greu pentru a te ține pe tine însuți în viață. Ți-e frică să te oprești din a acționa, a vorbi sau a rămâne treaz. Simți că ai putea muri, într-o pauză, ca Percy, pentru că, dacă te oprești din a acționa, mama nu poate face nimic. Ea nu a putut să-l salveze pe Percy sau pe tine. Ești legat prin frica faptului că eu nu te pot ține în viață, așa că legi ședințele lunare cu mine prin consemnări. Fără pauze. Nu poți simți că ești o grijă permanentă pentru mine pentru că mama nu te-a putut salva. Știi atâtea despre „a fi activ", dar nu despre „a crește pur și simplu, a respira pur și simplu" în timp ce dormi, fără ca tu să nu trebuiască să faci nimic pentru asta.

Am început să fiu în stare să accept momente de liniște și, odată, simțindu-mă un pic anxios, am fost alinat de faptul că l-am auzit pe Winnicott mișcându-se. Eu nu am zis nimic, dar el, cu o intuiție supra-omenească, a spus:

> Ai început să te temi că te-am abandonat. Simți că liniștea este abandon. Pauza pentru tine nu însemnă că tu uiți de mama, ci că mama uită de tine, iar acum ai retrăit sentimentul cu mine. Ai o traumă mai timpurie din care nu ai putea niciodată să-ți revii fără ajutorul traumei Percy care să o repete. Trebuie să îți amintești de mama care te abandonează prin transfer cu mine.

Îmi este foarte greu să transmit impresia atât de puternică pe care mi-o producea faptul de a îl vedea pe Winnicott punând degetul exact pe golul „situației relațiilor de obiect" din copilărie, cu o mamă care nu crea nici o legătură.

Chiar la sfârșitul analizei, am a avut o reîntoarcere bruscă la a vorbi tare în timpul ședințelor. De această dată, Winnicott a făcut o interpretare diferită, dar în același timp extraordinară. El a spus așa:

> Este ca și când tu ai da naștere unui copil cu ajutorul meu. Mi-ai oferit o jumătate de oră de discurs concentrat, bogat în conținut. M-am simțit sub tensiune în timp ce te ascultam și stăpâneam situația pentru tine. Trebuie să știi că pot să-ți suport vorbitul tare fără să fiu afectat. A trebuit să suport acest lucru, dat fiind că tu făceai o muncă de creație, nu una distructivă, producând ceva bogat în conținut. Vorbești despre „relația cu obiectul", „folosirea obiectului", realizând că nu îl distrugi. Nu aș fi putut face interpretarea asta acum cinci ani.

Ulterior, și-a prezentat lucrarea despre *The Use of an Object* (*Folosirea unui obiect*) (în Winnicott, 1971) în America și s-a confruntat, nu în mod suprinzător, cred, cu multe critici. Numai un om extraordinar putea să aibă acea putere de pătrundere. A devenit un sân bun de mamă pentru sinele meu copil în inconștientul meu adânc, în punctul în care mama mea actuală își terminase grija maternă și nu putea să mă mai suporte ca pe un copil viu. Nu era evident pe atunci, așa cum a devenit mai târziu, că el transformase întreaga înțelegere a mea asupra traumei morții lui Percy, mai ales atunci când a adăugat:

> Și tu ai un sân bun. Ai fost întotdeauna în stare să dai mai mult decât ai primit. Eu sunt bun pentru tine, dar și tu ești bun pentru mine. Faptul că îți acord analiză este aproape cel mai liniștitor lucru care mi se întâmplă. Tipul de dinaintea ta mă făcea să mă simt că nu sunt bun de nimic. Tu nu trebuie să fii bun pentru mine. Nu îmi trebuie și pot să mă descurc și fără asta, dar, de fapt, tu ești bun pentru mine.

Aici, în sfârșit, am avut o mamă care putea să valorizeze copilul, asfel încât am putut să gestionez ce avea să vină. Mi se pare că nici nu are rost să menționez că singurul lucru în care simțeam că nu mă înțeleg cu Winnicott era atunci când uneori vorbea despre „a ajunge la sadismul tău primitiv și la cruzime, la agresivitatea ta", într-un fel sugerând nu lupta mea agresivă de a primi un răspuns de la mama mea rece, ci „teoria instinctelor" a lui Freud și Klein, Se-ul, agresiunea înnăscută. După cum știam, el a respins „instinctul morții" și se deplasase mult dincolo de Freud, atunci când eu m-am dus la el. Odată chiar mi-a spus: „Suntem diferiți de Freud. El era pentru vindecarea simptomelor. Noi ne concentrăm asupra oamenilor vii, întreaga lor existență și întreaga iubire". Pe la 1967, el a scris și mi-a și dat un exemplar al lucrării sale „The Location of Cultural Experience" („Locul experienței culturale") (în Winnicott, 1971), în care arăta: „Bag de seamă că sunt pe teritoriul lui Fairbairn: «căutarea de obiect» ca opusă «căutării de satisfacție»". Am simțit atunci că Winnicott și Fairbairn își uniseră forțele pentru a-mi neutraliza anii traumatici timpurii.

Trebuie să închei această relatare cu un lucru pe care nu puteam să-l prevăd. Winnicott devenind mama cea bună, eliberându-mă spre a fi viu și creativ, a transformat semnificația morții lui Percy într-un fel care îmi permitea să rezolv acea traumă și dilema mea despre cum ar fi trebuit să termin analiza. Winnicott, în legătură directă cu mine în inconștientul meu profund, mi-a dat prilejul de a avea în vedere că nu era vorba doar de pierderea lui Percy, ci și de a fi fost lăsat singur cu mama care nu

putea să mă ţină în viaţă, ceea ce a dus la colapsul unei morţi aparente. Dar, mulţumită pătrunderii sale profund intuitive, nu eram acum singur cu o mamă cu care să nu fi avut nici o legătură. L-am văzut ultima dată în iulie 1969. În februarie 1970 mi s-a spus că, din punct de vedere medical, eram extenuat şi că, dacă nu mă pensionez, „natura o să îmi vină de hac". Trebuie să fi simţit la nivel inconştient că aceea ar fi fost o ameninţare şi că „Mama Natură" va zdrobi în sfârşit sinele meu activ. De fiecare dată când mă odihneam, mă surprindeam sub compulsia de a mă întoarce spre trecut, în forma enumerării detaliilor legate de „figura fratelui" preot care a plecat în 1938 şi cea a reacţiilor mele sub forma bolii epuizării. Am văzut în curând că acest fapt era semnificativ şi a condus la o chemare spre a scrie întreaga poveste a vieţii mele ca şi cum trebuia să descopăr că toate acelea mi se întâmplaseră mie. Prin octombrie am făcut o pneumonie şi am petrecut cinci săptămâni în spital. Medicul mi-a spus: „Relaxează-te, eşti mult prea agitat". Încă nu realizasem că luptam împotriva unei regresii compulsive inconştiente. Nu legasem niciodată ideea de „pensionare" cu adânca frică de a pierde bătălia cu mama în a-mi ţine până la urmă sinele activ viu. După o recuperare lentă pe timpul iernii, am auzit, de Anul Nou 1971, că Winnicott avusese un „atac de gripă". Atunci l-am întrebat pe Masud Khan cum îi era lui Winnicott, iar el mi-a răspuns că îi era bine din nou şi că fusese încântat să audă de prieteni, drept pentru care i-am scris câteva rânduri. După un timp, a sunat telefonul şi o voce familiară mi-a spus: „Salut. Multumesc pentru scrisoare", şi am vorbit un pic. După vreo două săptămâni, a sunat din nou telefonul şi *secretara lui m-a anunţat că decedase. Chiar în acea noapte am avut un vis uimitor. Am văzut-o pe mama,* neagră, imobilizată, uitându-se în gol, *ignorându-mă total,* în timp ce eu stăteam într-o parte, holbându-mă la ea şi simţindu-mă îngheţat în imobilitate: pentru prima dată când am văzut-o pe ea într-un asemenea vis. Înainte, tot timpul mă ataca. Primul meu gând a fost: „L-am pierdut pe Winnicott şi sunt lăsat singur cu mama, înecată în depresie, ignorându-mă. Aşa m-am simţit atunci când a murit Percy". Am crezut că trebuie să fi luat pierderea lui Winnicott ca o repetiţie a traumei Percy. Doar recent mi-a fost clar că nu era deloc aşa. Nu am visat-o pe mama ca atunci când colegul meu prieten a murit sau ca atunci când a plecat colegul meu din cler. Atunci m-am îmbolnăvit, ca după moartea lui Percy. De data asta era diferit. Visul acela a constituit începutul unei întregi serii de vise care au avut loc noapte de noapte, ducându-mă înapoi în timp în ordine cronologică, prin fiecare casă în care locuisem, în Leeds, Ipswich, facultate, al doilea magazin din Dulwich, şi, în sfârşit, primul

magazin și casa primilor șapte ani groaznici. Imagini ale membrilor familiei, soția mea, fiica mea, mătușa Mary, tata și mama au continuat să se repete, tata tot timpul suportiv, mama tot timpul ostilă, dar nici urmă de Percy. Încercam să rămân în perioada post-Percy a luptelor cu mama. Apoi, după vreo două luni, două vise au rupt în sfârșit amnezia vieții și morții lui Percy. Eram uimit să mă văd pe mine într-un vis la o vârstă precisă de aproximativ trei ani, eu, evident, ținând un cărucior în care era fratele meu în vârstă de aproximativ un an. Eram tensionat, uitându-mă cu teamă spre stânga, la mama, să văd dacă ne vede. Dar ea se uita fix în gol, la distanță, ingnorându-ne la fel ca în primul vis din acea serie. Visul din seara următoare a fost și mai uimitor.

> Stăteam în picioare împreună cu un alt bărbat, o dublură a mea, amândoi întinzându-ne pentru a susține un obiect mort. Deodată, un alt bărbat s-a prăbușit pe o coapsă. Imediat, visul s-a schimbat într-o cameră luminoasă, unde l-am văzut din nou pe Percy. Știam că e el, stând pe genunchii unei femei care nu avea față, brațe sau sâni. Era aproape o poală în care să stai, nu o persoană. El părea profund deprimat, cu colțurile gurii îndreptate în jos, iar eu încercam să îl fac să zâmbească.

Mi-am recuperat în acel vis memoria colapsului, când l-am văzut ca pe un obiect mort și m-am întins să îl apuc. Dar am făcut mai mult decât atât. De fapt, în ambele vise m-am întors în perioada de dinaintea morții lui, pentru a o vedea pe mama „fără față", depersonalizată, și pe mama cea neagră, deprimată, care a eșuat în construirea unei legături cu vreunul dintre noi. Winnicott spusese: „L-ai acceptat pe Percy ca pe sinele copil care avea nevoie de îngrijire. Atunci când a murit, nu ai mai avut nimic și ai fost dărâmat". De ce am visat mai întâi despre „colapsul" meu și de-abia apoi despre întoarcerea pentru a avea grijă de Percy? Sentimentul meu este că, de fapt, colapsul meu a fost prima reacție de groază și lipsă de speranțe la șocul de a-l găsi pe Percy mort pe genunchii mamei, dar în familia acelei mătuși mi-am dat seama rapid de șansa de a rămâne în viață găsind alte persoane pentru care să trăiesc.

Acea serie de vise m-au făcut să scot la lumină și să studiez din nou toate consemnările din analize, până când am realizat că, deși moartea lui Winnicott îmi reamintise de cea a lui Percy, situația era diferită total. Procesul de regresie de neînfrânt nu a început cu moartea lui Winnicott, ci cu frica de „pensionare", ca și cum mama m-ar submina până la urmă. Nu am visat despre moartea lui Winnicott, ci despre cea a lui Percy și despre eșecul total al mamei de a avea vreo legătură cu noi. Ce mărturie de vis mai bună ar putea să aibă cineva asupra viziunii lui Winnicott

că: „Nu există un asemenea lucru numit copil", adică trebuie să fie o „mamă şi copil", şi ce mărturie mai bună poate fi adusă pentru perspectiva lui Fairbairn, şi anume că realitatea psihică fundamentală este „relaţia de obiect personal"? Ce mi-a dat mie puterea, în inconştientul meu adânc, să înfrunt din nou acea traumă? Trebuie să fi fost pentru că Winnicott nu era, şi nu putea fi, mort pentru mine şi cu siguranţă nici pentru mulţi alţii. Niciodată nu am simţit că tatăl meu era mort, ci într-un mod profund l-am simţit viu în mine, oferindu-mi posibilitatea să rezist la influenţa activă inhibatoare şi paralizantă a mamei mele de mai târziu. Acum Winnicott a revenit într-o relaţie vie tocmai cu acea parte din mine pierdută timpuriu, care s-a îmbolnăvit pentru că mama a eşuat în ceea ce mă priveşte. *Îi luase locul şi îl făcuse posibil şi sigur pentru a mi-o putea-o aminti într-un vis revelator real, ilustrând răceala ei schizoidă paralizantă.* Încetul cu încetul, aceasta a devenit o convingere fermă care a crescut în mine şi m-am recuperat în urma mişcării vulcanice a acelei serii nestăvilite de vise regresive, simţind că am obţinut câştigurile pe care le căutasem în analiză timp de mai bine de 20 de ani. După toate aceste amintiri, vise, simptome ale evenimentelor traumatizante detaliate, oamenii şi tensiunile emoţionale care au fost lucrate, a rămas un singur lucru: *calitatea atmosferei generale a relaţiilor personale care au alcătuit viaţa noastră de familie în acei primi şapte ani.* A persistat ca o stare de tristeţe pentru mama mea, care era atât de distrusă din copilărie încât nici nu putea să fie şi nici nu mă lasa să fiu „sinele adevărat". Nu pot să am un alt set de amintiri. Dar sunt însă compensate de descoperirea mea din analiză despre cât de profund a devenit tatăl meu un element atât de sigur pentru mintea mea, susţinând lupta mea de a găsi şi a fi „adevăratul meu sine". Acest lucru a fost realizat în primă fază de Fairbairn, care a rezolvat transferul meu negativ al mamei dominante până ce a devenit un alt tată bun care avea încredere în mine, şi, în final, prin Winnicott, care a intrat în golul lăsat de mama mea incapabilă de a crea o legătură, astfel încât am putut experimenta siguranţa de a fi eu însumi. Trebuie să adaug că, fără înţelegerea şi suportul soţiei mele, nu aş fi avut acele analize şi nici nu aş fi ajuns la acest rezultat. Ce este psihoterapia psihanalitică? Este, după cum o văd eu, asigurarea unei relaţii umane pline de încredere şi înţelegere, de o natură care intră în contact cu copilul traumatizat şi profund reprimat într-un fel în care îi permite unei persoane să devină în mod constant mult mai capabilă să trăiască, în siguranţa unei relaţii reale noi, cu moştenirea traumatică a primilor ani de formare, care se strecoară printre sau erup în conştient.

Terapia psihanalitică nu este ca o „tehnică" a unei ştiinţe experimentale, un obiectiv „lucru în sine" lucrând automat. Este un proces de interacţiune, o funcţie a două variabile, personalităţile a doi oameni muncind împreună spre o evoluţie liberă şi spontană. Analistul creşte o dată cu analizandul. Ceva nu este în regulă dacă analistul este static, atunci când are de-a face cu astfel de experienţe personale dinamice. Pentru mine, Fairbairn a construit, ca persoană, ceea ce tatăl meu a făcut pentru mine, iar ca analist mi-a dat ocazia să descopăr în detaliu cum luptele pentru independenţa de mama mea, începând cu vârsta de trei ani şi jumătate până la şapte ani, crescuseră în alcătuirea personalităţii mele. Fără aceasta, m-aş fi putut transforma la bătrâneţe într-o persoană ca mama mea. Winnicott, un tip de personalitate total diferit, a înţeles şi a umplut golul pe care l-a lăsat mama mea în primii trei ani şi jumătate. Am avut nevoie de ei amândoi şi am avut norocul suprem de a-i găsi pe amândoi. Diferenţele dintre ei au constituit stimulente pentru diferitele laturi ale alcătuirii mele. Ideile lui Fairbairn erau „concepte logice exacte" care clarificau probleme. Ideile lui Winnicott erau „ipoteze imaginative" care provocau o persoană să exploreze mai departe. Ca exemple, putem compara conceptele lui Fairbairn despre Eu-rile libidinale, antilibidinale şi centrale ca teorie a structurii endofizice, cu „sinele adevărat şi fals" ale lui Winnicott, ca pătrunderi intuitive în realitatea fizică confuză a persoanelor. Poate că nici un analist nu poate să facă tot ce are nevoie un psihanalizand; trebuie să ne mulţumim să îi lăsăm pe pacienţi să facă uz de noi pe cât pot. Avem curajul să nu pozăm ca omniscienţi şi omnipotenţi, pentru că avem o teorie. Şi Fairbairn a spus odată: „Iei din analiză ceea ce pui în ea", şi cred că asta e adevărat pentru ambele părţi: atât pentru analist, cât şi pentru analizand. Aş crede că dezvoltarea unei pătrunderi clare conştiente reprezintă o intrare totală în posesia câştigurilor făcute deja emoţional, punând pe cineva în poziţia de a risca o implicare emoţională pe mai departe, pentru o creştere emoţională mai mare. Reprezintă nu numai înţelegere conştientă, ci şi o întărire a miezului interior al „individualităţii" şi al capacităţii de „a construi legături". Atât timp cât materialul psihopatologic este implicat, a visa exprimă structura noastră endofizică. Este un mod de a experimenta, pe marginea conştiinţei, conflictele noastre internalizate, amintirile noastre despre înfruntările din lumea exterioară şi apoi amintiri şi fantezii de conflicte care au devenit realitatea noastră internă, de a păstra „relaţiile de obiect" vii, chiar dacă doar „relaţiile de obiect rău", pentru că avem nevoie de ele pentru a păstra autocontrolul Eu-lui nostru. Experienţa mea a fost cea datorită căreia, pe măsură ce revărsarea de vise s-a adâncit

în inconştient, visarea uşoară s-a stins şi s-a transformat în „trezire într-o stare". Mi-am dat seama că nu aveam fantezii sau gânduri, ci pur şi simplu simţeam conştient, sub impresia unei stări a minţii, pe care am început să realizez că o avusesem conştient cu mult timp înainte, dar care de atunci fusese adânc îngropată în inconştient: o stare obtuză, mecanică, lipsită de viaţă, fără a avea nici un interes faţă de nimic, tăcut, închis în mine, făcând lucrurile de rutină, cu un sentiment al lipsei de sens a întregii existenţe. Am experimentat acest lucru pe parcursul mai multor dimineţi, până când a început să se estompeze şi să revin la un interes normal asupra vieţii: care până la urmă pare a fi ceea ce cineva îşi doreşte.

Există o ordine naturală specifică fiecărui individ şi determinată de istoria lui, în care (1) problemele pot deveni conştiente şi (2) interpretările pot fi relevante şi mutante. Noi nu putem decide asta, ci doar să privim cursul dezvoltării unui individ. În final, ca răspuns la dificila întrebare asupra surselor teoriei, se pare că teoria e înrădăcinată în psihopatologia noastră. Exact asta a implicat curajoasa analiză de sine a lui Freud în acele timpuri când totul era obscur. Ideea că am putea gândi o teorie a structurii şi funcţionării personalităţii, fără a avea nimic de a face cu propria personalitate, ar trebui să fie o imposibilitate evidentă. Dacă teoria noastră este prea rigidă, este foarte probabil să ne conceptualizăm apărările Eu-lui. Dacă este flexibilă şi progresivă, este posibil ca aceasta să conceptualizeze procesele noastre curente de creştere şi să arunce o lumină asupra problemelor celorlalţi şi a posibilităţilor terapeutice. „Greşeala fundamentală" a lui Balint şi „esenţa incommunicado" a lui Winnicott, de vreme ce ei privesc aceste fenomene ca universale, trebuie să aibă de-a face cu modurile lor de „a simţi intuitiv" realitatea lor fundamentală şi implicit pe a celorlalţi. Prin contrast cu construcţiile teoretice intelectual riguroase definite de Fairbairn, care formulează dezvoltări logic progresive în teoria deja existentă, ei deschid drumul către o mai profundă explorare a perioadei copilăriei, unde, oricare ar fi înzestrarea genetică a unui copil, abilitatea mamei sau eşecul acesteia de a „construi legături" este *sine qua non* pentru sănătatea acelui copil. A găsi un părinte bun la început este baza sănătăţii psihice. În cazul lipsei acestuia, găsirea unui „obiect bun" autentic în analist este atât o experienţă de transfer, cât şi o experienţă de viaţă reală. În analiză, la fel ca şi în viaţa reală, toate relaţiile au o natură subtilă dual ă. Pe parcursul vieţii, luăm în noi înşine figuri bune şi rele care fie ne întăresc, fie ne incomodează, şi la fel se întâmplă şi în relaţia psihanalitică: este întâlnirea şi interacţiunea a doi oameni reali, în toate posibilităţile lor complexe.

Bibliografie:

Fairbairn, W.R.D, *Psychoanalytic studies of the personality*, Tavistock, Londra, 1952a

Fairbairn, W.R.D, „Theoretical and experimental aspects of psychoanalysis" în *British Journal of Medical Psychology, 25,* 1952b, p. 122-127

Fairbairn, W.R.D, „Observations of the nature of hysterical states" în *British Journal of Medical Psychology, 27,* 1954, p. 106-125

Fairbairn, W.R.D, „Observations in defence of the object-relations theory of the personality" în *British Journal of Medical Psychology, 28,* 1955, p. 144-156

Fairbairn, W.R.D, „Considerations arising out of the Schreber case" în *British Journal of Medical Psychology, 29,* 1956, p. 113-127

Fairbairn, W.R.D, „On the nature and aims of psychoanalytical treatment" în *International Journal of Psychoanalysis, 39,* 1958, p. 347-385

Guntrip, H., *Ego-weakness, the hard core of the problem of psychotherapy,* 1960

Guntrip, H., *Personality structure and human interaction,* Hogarth Press, Londra, 1961

Guntrip, H., *Schizoid phenomena, object-relatiosn and teh self,* Hogarth Press, Londra, 1968

Morse, S.J., „Structure and reconstruction: A critical comparison of Michael Balint and D.W. Winnicott" în *International Journal of Psychoanalysis, 53,* 1972, p. 487-500

Suterland, J. „Obituary. W.R.D. Fairbairn" în *International Journal of Psycho-analysis, 46,* 1965, p. 245-247

Winnicott, D.W., *Collected papers. Through paediatrics to psycho-analysis*, Tavistock, Londra, 1958

Winnicott, D.W., *Playing and reality*, Tavistock, Londra, 1971

Capitolul 8

Experiențele mele ca pacient în cinci psihoterapii psihanalitice

de Jesse D. Geller

În prezent am 62 de ani. Am devenit din nou introspectiv. Îmi place, împreună cu prieteni vechi, să mă las în voia amintirilor legate de persoane și evenimente care au contribuit în mod semnificativ la dezvoltarea noastră. M-am apucat să scriu acest capitol despre experiențele mele ca pacient în cinci psihoterapii psihanalitice diferite, cu speranțe similare celor cu care am avut aceste conversații intime. Nu am fost dezamăgit. Am aruncat din nou o privire asupra a ceea ce am aflat despre simptomele mele și patologia mea de caracter. Ca și experiențele mele în terapie, acest efort a adus noi descoperiri de sine. Nu voi stărui în aceste chestiuni în acest capitol; nu văd nici un interes în a produce ceea ce Joyce Carol Oates (1999) obișnuia să numească un „exercițiu în patografie".

Am evaluat retrospectiv dacă și cum fiecare dintre terapiile mele a contribuit la creșterea mea ca terapeut și ca om. Ceea ce am realizat este că nu am nici o opinie clară despre aceste chestiuni. Înțelegerea mea asupra felurilor în care m-am schimbat în timp se tot modifică. Mai mult decât atât, estimările mele de cât de mult am beneficiat, personal, de pe urma variatelor terapii sunt diferite, în anumite privințe importante, de estimările pe care îmi amintesc că le făceam atunci când aveam patruzeci și cincizeci de ani. Dacă aș fi scris acest articol în timpul acelor decade, evaluările mele ar fi fost prejudiciate într-o direcție negativă.

Cu toate acestea, cred cu tărie că experiențele ilustrative relatate aici ar fi fost aceleași pe care le-aș fi inclus dacă ar fi fost să scriu acest capitol mai devreme în viața mea. Pentru mine, ele reprezintă momentele decisive care au avut loc în fiecare dintre terapiile mele. Amintirile acestor incidente critice sunt cumva emblematice pentru ceva care a stat în

centrul emoţional al fiecăreia dintre terapiile mele. Se pare că mă întorc la ele de fiecare dată atunci când reflectez la rolurile continue şi particulare pe care fiecare dintre terapiile mele le-a jucat în determinarea a ceea ce aveam de făcut sau ce nu trebuia să fac ca terapeut. Scopul iniţial al acestui capitol este de a explora mai departe aceste conexiuni, în anumite detalii.

Despre faptul de a deveni pacient în psihoterapie

Poarta de intrare spre prima mea terapie a fost constituită de căutarea unei „îndrumări vocaţionale". Am ajuns la City College of New York în 1956, având o educaţie precară, slab la învăţătură şi având fobie de matematică. Luam autobuzul şi metroul în Manhattan de la Flushing, Queens, unde locuiam cu părinţii mei şi împărţeam un dormitor cu doi fraţi mai mici. Mi-era teamă că aveam să fiu exmatriculat şi că urma să merg în armată ca majoritatea prietenilor mei. Fusesem slab pregătit pentru fiecare încercare a vieţii mele. Eram convins că trebuia să fac ceva mult dincolo de „inteligenţa" mea, dacă era să rămân în colegiu.

Cu speranţa că se putea să mi se spună care erau interesele şi talentele mele şi ceea ce ar trebui să devin, am mers, la începutul celui de-al doilea an în căutare de „îndrumare vocaţională", la centrul de consiliere al colegiului. Am fost intervievat şi am făcut o baterie de teste psihologice. Spre surpriza mea, mi s-a spus că aveam nevoie de „psihoterapie", nu de îndrumare vocaţională, şi că şcoala urma să îmi ofere psihoterapie, fără să fie nevoie să plătesc, în cazul în care alegeam să merg.

Am fost repartizat doctorului A şi n-aveam nici cea mai mică idee la ce să mă aştept. Nu ştiam nici cum să îi cer ajutorul. Eram prea mândru ca să îi cer ajutorul. Mi-era frică să îi cer ajutor. După cum aveam să aflu, căutam pe cineva care să mă ajute să-mi dezvolt ceea ce aş fi numit curaj, în special curajul de a face faţă şi de a depăşi fricile mele de eşec, slăbiciune, boală, accidente, o moarte timpurie şi ceea ce urmează morţii.

Învăţarea a cum să foloseşti terapia

Dr. A mi-a prezentat experienţe care îmi erau anterior necunoscute. Eram singura persoană despre care ştiam că a fost vreodată la terapie. Nu am cunoscut niciodată pe nimeni care să se îmbrace în costume

de lână din trei piese şi să fumeze pipă, aşa cum dr. A o făcea în majoritatea orelor. Nu avusesem niciodată o conversaţie productivă cu un adult, în particular, despre chestiuni care erau importante pentru mine. Tatăl meu şi cu mine nu avusesem niciodată o conversaţie „de la suflet la suflet". El obişnuia să devină nervos şi nerăbdător atunci când eforturile lui de a mă învăţa cum să îmi leg şireturile sau cum să rezolv o problemă de aritmetică eşuau în mod constant. Pe la vârsta de şase ani am încetat să îi mai solicit ajutorul, vorbele liniştitoare sau sfaturile.

Cu dr. A am făcut primele tentative de paşi în a deprinde cum să învăţ cu un „prieten de nădejde" (Bowlby, 1973) printr-un mediu de dialog. Vorbeam cu dr. A aşa cum nu vorbisem cu nici un alt adult despre terorile în care mă simţeam neajutorat din copilăria mică. Datorez acutul „sentiment al locului de proveninţă" (Bachelard, 1994) faptului de a fi crescut într-un apartament la subsol, din Bronx, a cărui uşă de hol dădea spre centrala clădirii şi un conglomerat format din mobilă dezafectată, pubelele de gunoi şi sălbaticul ciobănesc german al administratorului. Crescusem obişnuit să mă simt anxios şi singur într-un mediu urât.

Dr. A m-a ajutat să găsesc nume şi metafore pentru sentimentele mele. Mi-a oferit descrieri clarificatoare pentru experienţele mele „neformulate" (Stern, 1983). M-a ajutat să traduc ce fuseseră „crize de anxietate" în frici specifice. Din nefericire, eu mi-am experimentat fricile ca pe o formă de laşitate. Mi-era ruşine că minţii mele îi lipsea puterea de a trece peste fricile acute legate de o moarte timpurie. Bravura era valoarea predominantă în cartierul meu.

Amintirea mea cea mai vie din terapia cu dr. A este următorul schimb comunicativ: „Jesee, ai vorbit adesea despre sentimentul furiei la tatăl tău şi despre lucrurile pe care te enervează pe tine la el. Cu toate acestea, nu ai vorbit de faptul de a fi nervos pe mama ta. Există vreun lucru care te enervează la ea?" Am ridicat din umeri, am ezitat, după care am răspuns: „Nu-mi vine nimic în minte". El a spus: „Dar dacă ea ar fi cea care a otrăvit imaginea tatălui tău?" Mă îndoiesc că a spus exact asta, dar această reprezentare îmi pare că ar fi adevărul. Avea dreptate. Tindeam să îl văd pe tata prin ochii de multe ori disprețuitori ai mamei mele. Cu această remarcă, dr. A mi-a deschis posibilitatea revizuirii modului în care eram tratat de fiecare dintre părinţii mei. Cu această primă pătrundere psihologică, dr. A mi-a câştigat respectul. Cu toate acestea, nu am simţit niciodată o afecţiune adâncă pentru el. Acest sentiment era rezervat pentru profesorii mei.

Dificultățile mele în a fi pacient

Nu mi-a plăcut să-i fiu pacient doctorului A și, așa cum reiese printr-o presupunere greșită, nu am beneficiat de pe urma terapiei. De fapt, pentru a anticipa o chestiune ulterioară, probabil că aș fi renunțat la terapie dacă nu aș fi studiat în același timp psihologie, literatură și filosofie cu profesori pe care îi admiram și pe care îmi doream să îi întrec și ale căror aprecieri însemnau foarte mult pentru mine. În mare parte, uram să merg la ședințele săptămânale de 50 de minute, când am început să îl văd pe dr. A, și a trebuit să trec peste multe obstacole pentru a ajunge să folosesc relația mea cu dr. A în beneficiul personal.

Concepția mea despre ce se presupunea că trebuie să facă un pacient era ceva de genul: „Trebuie să fiu un soldat bun". Un sens prost înțeles al curajului îmi cerea să fac față adevărurilor neflatante despre mine, oricât de umilitoare, menținând aparențele faptului de „a o gestiona foarte bine... ca un bărbat". Dezvăluiam într-un mod contrafobic ceea ce doream să ascund.

Ideea că sinele meu avea valoare în esență îmi era străină. Credeam că doctorii îți dau doar „vești proaste" despre tine însuți. Nu am avut încredere în faptul că dr. A nu m-ar fi judecat sau m-ar fi respectat. În absența încrederii, îți trebuie curaj să devii conștient și să admiți, cu adevărat, aspecte neexprimate și necunoscute ale personalității tale.

Am avut probleme în a fi în centrul atenției „interesului serios" și „înțelegerii compătimitoare" (Freud, 1912/1953) ale dr. A. Eram incapabil să mă debarasez de conștiința mea de sine conștientă. Aveam probleme în a-mi lua suferința în serios. M-am simțit „ciudat" vorbind cu seriozitate intenționată despre mine. Îl priveam constant cum mă privea pe mine. Am avut rareori contact vizual cu el. Mă temeam de astfel de momente atunci când ne uitam unul la celălalt în tăcere și erau multe astfel de momente.

Mă mai temeam de el să nu mă întrebe „La ce te gândești?" pentru a rupe tăcerea. Aș fi putut fi descoperit făcând inventarul a ceea ce simțeam că ar fi trebuit să îi spun — vanitățile mele jalnice, promisiunile mele neonorate, delirurile mele grandioase, ura mea de sine, fanteziile mele sexuale și așa mai departe. Era și mai dificil atunci când îmi punea această întrebare în timp ce eu mă gândeam că îi prefer lui pe profesorii mei. Era ca și cum obiceiurile mele proaste nerostite, acest secret, m-ar fi îndepărtat de dr. A.

Uram cu atât mai mult ca el să mă fi întrebat „Ce simți (acum)?", cum era dispus să facă. De cele mai multe ori nici nu știam. Întrebarea mă

lăsa fără răspuns. Părea să mă creadă când îi spuneam „Nu pot să exprim în cuvinte", dar am presupus că părerea lui despre mine era că eram un pacient secretos și nerecunoscător. Nu știam dacă mă plăcea cu adevărat.

Din înțelegerea ulterioară a faptelor mi-am dat seama că puteam să îndur stoic dificultatea de a fi supus terapiei, dat fiind ceea ce învățam în clasă, la teatru, din filme și în Greenwich Village. Am rămas în terapie pentru că eroii mei intelectuali susțineau perspectiva conform căreia înțelegerea de sine merita, în mod intrinsec, să fie urmată, fie că „vindeca" sau nu nevroza cuiva. Profesorii mei de psihologie m-au învățat că faptul de a fi într-o terapie orientată pe insight ar trebui să mă transforme într-o persoană mai bună, mai deșteaptă, mai cultă, măcar, dacă nu și într-una mai sănătoasă. Această convingere era extrem de importantă pentru mine, pentru că am simțit că dau greș în a transforma „insight-urile intelectuale" în „insight-uri emoționale", pentru a folosi jargonul perioadei respective. Faptul de a fi fost în același timp specialist în psihologie și pacient într-o psihoterapie mi-a oferit o „identitate" (Erikson, 1963).

Psihanaliza și psihoterapia au oferit studenților de facultate străini de lume/întorși cu fața dinspre lume, din perioada mea și din același loc cu mine, New York-ul anilor 1950, standarde și valori privind întrebările noastre fără răspuns referitoare la sens și moralitate. Am ajuns să studiez psihologia și totodată la prima mea terapie căutând îndrumare pentru masturbare, iubirea romantică, sex premarital, moravuri culturale convenționale și trăire a unei vieți etice. Mai mult decât atât, studiul dezvoltării și al psihologiei anormale m-a asigurat că „simptomele" mele — conștiința de sine în agonie, dezorientarea vocațională, revolta, preocupările legate de sănătate, ambivalența crescută, slabele schimbări de stări și confuzia legată de identitate — erau privite de către experți ca manifestări „tipice" ale adolescenței. Studiul lui Freud și a neofreudienilor m-a asigurat că, dincolo de suprafața comportamentului acceptat social chiar și al celor mai mature persoane, existau dorințe patricide și incestuoase. În același timp, deveneam conștient că teoriile psihanalitice curente modelau gustul, opiniile, limbajul și stilul de viață al newyorkezilor serioși (intelectuali, artiști, boemi). Voiam să fiu unul dintre ei. Am privit psihanaliza ca pe un aliat în lupta mea de a mă stabili pe mine ca un rebel cultural, un individualist insolent, un existențialist american. Eram atras de tensiunea dintre forțele pro- și antisociale regăsite în învățăturile lui Freud. Studiile mele, psihoterapia mea și conversațiile care îmi dominau viața socială erau integrate într-un mod de a fi în lume.

Am decis să urmez un masterat, să studiez psihologia clinică, în timp ce mă aflam în terapie, dar cred că inițial această dorință a apărut din identificările cu profesorii mei. O dată ce această decizie a fost luată, am început să privesc psihoterapia ca pe un mod de a-mi ascuți cunoșterea de care aveam nevoie pentru a fi un student eminent. Am descoperit că, în timp ce eram foarte atent la ceea ce era *în* mintea mea, învățam de fapt cum lucrează mintea. Cum mai înaintasem și puțin în vârstă, a devenit mai clar pentru mine că exista o continuitate între întrebările și problemele cu care mă confruntasem în terapie și interesele mele școlare.

O întâlnire scurtă

După absolvire și înainte de a începe doctoratul, eram într-o psihoterapie pe care am încheiat-o unilateral, după șase ședințe. Fusesem recomandat doctorului B de către dr. A. Dr. A se opunea transferării mele în practica sa privată după ce mă tratase „gratis" pentru mai bine de doi ani și jumătate. Mi-a spus că dr. B era horneyian, la fel cum era și el, și că avea să mă trateze la un tarif redus. La vremea când am terminat terapia cu dr. A exista încă șansa să fi intrat în programul de doctorat clinic în cadrul New York University. Profesorii mei preferați din facultate erau toți absolvenți ai New York University. Nu voiam să părăsesc nici New York-ul și nici pe prietena mea, Ruth. S-a întâmplat însă să fiu respins de New York University. Am optat pentru University of Conneticut (1960-66), pentru că era mai aproape de New York decât alte universități care mă acceptaseră. Și tocmai asta a făcut diferența.

Două lucruri despre terapia mea cu dr. B mi-au rămas în memorie — fizicalitatea generală a situației terapeutice și o anume bucată de dialog.

Dr. B s-a așezat la o distanță de vreo 3 metri de mine. Părea mult prea departe. Eu eram distras de vocile soției și copiilor lui, care locuiau lângă biroul său elegant, specific înaltei societăți din vest. Am simțit că era clar preocupat de chestiuni legate de gust și stil, lucru dezvăluit de mobila, picturile și lămpile care creau decorul cabinetului său de consultații. Nu puteam să îl văd clar din cauza luminii prea puternice și a umbrelor proiectate de soarele de după-amiază care se strecura în cameră prin geamurile largi, aflate exact în spatele scaunului său. Având în vedere toate aceste aspecte, am fost dezamăgit că nu am găsit semne de expertiză sau dovezi de vindecare, atunci când am supus biroul său unei cercetări atente din punct de vedere semiotic și estetic.

Îi sunt totuşi îndatorat doctorului B într-o anume privinţă. În a cincea şedinţă, dr. B mi-a spus: „Pari să mă compari nefavorabil cu dr. A". Am răspuns atunci: „Nu, cred că sunteţi un foarte bun *psihologol*". Am renunţat la terapie din şedinţa următoare, dar am rămas cu o convingere de neclintit, şi anume că actele ratate oferă o poziţie fascinant de avantajoasă din care se pot explora conflictele şi transformările lor. Actul meu ratat freudian m-a convins de existenţa şi creativitatea proceselor inconştiente.

Decizia de a deveni psihoterapeut

Când am intrat la institutul de studii doctorale, aveam doar o idee foarte vagă despre cum urma să îmi câştig existenţa. Bărbaţii din familia mea aveau slujbe. Urma să fiu primul care avea să facă o carieră. În timpul anului II la University of Conneticut, am început să mă gândesc la faptul că practica psihoterapiei era o aspiraţie de carieră potrivită şi viabilă. Nu puteam să îmi imaginez o vocaţie mai înaltă decât aceea de a-i elibera pe alţii de suferinţa lor. Cu toate acestea, principalele motive care m-au îndemnat să mă decid pentru formare îşi au rădăcinile în altă parte. Eram atras de domeniu prin realizarea faptului că a deveni terapeut ar implica, în mod esenţial, profesionalizarea intereselor şi a talentelor mele. M-am văzut câştigându-mi în parte existenţa din oferirea de psihoterapie ca răspuns valid la conflicte diferite, de exemplu practicul versus idealistul. Găseam că practica privată a terapiei era un mod de a fi, aşa cum Dalai Lama şi Cutler (1998) descriu ca „egoist în mod înţelept". Profesia m-a solicitat, pentru că, la începutul anilor 1960, psihoterapeuţii erau încă priviţi ca situându-se în avangarda schimbării sociale.

Temeliile abordării mele în terapie

În timpul celor şase ani petrecuţi la University of Conneticut, toţi supervizorii şi profesorii mei se considerau de la primul la ultimul kaiserieni. Fuseseră toţi trataţi sau formaţi de către Helmuth Kaiser. Kaiser îşi începuse cariera în Europa ca analist freudian format în mod clasic. La maturitate a ajuns la o poziţie care se detaşa radical de

* În varianta originală *psiholoshits* (n.tr.).

psihoterapia psihanalitică în căutare de insight, așa cum era practicată în timpul anilor 1950 și la începutul anilor 1960. Teoria lui Kaiser era, în principal, fundamentată pe noțiunea că ceea ce este vindecare în psihoterapie poate fi găsit în gradul de „intimitate comunicativă" pe care participanții au fost în stare să îl atingă (1965).

Învățăturile lui Kaiser au fost etichetate în nenumărate feluri — după nume, existențiale, umaniste, interpersonale și ca o extensie a scrierilor psihanalitice ale lui Reich (1949) despre analiza de caracter. Nu în mod surprinzător, supervizorii mei au interpretat ideile lui în moduri diferite. Ross Thomas mi-a predat primul curs de practică. El ne-a instruit așa: „Vedeți ce se întâmplă atunci când vă angajați în dialoguri autentice cu pacienții voștri, aceasta este singura și exclusiva grijă". Harvey Wasserman a pus accent pe importanța faptului de a fi capabil să estimezi congruența dintre ceea ce simte un pacient și ceea ce declară acesta. Pentru Wasserman, principalul scop al unui terapeut kaiserian este de a susține în pacienți un sentiment de responsabilitate pentru cuvintele și acțiunile lor. Alan Willoughby a recomandat terapie nondirectivă, dar foarte interactivă, care să se concentreze pe exprerienta imediată și concretă a pacientului în acel „aici și acum".

Am păstrat în minte aceste dispoziții diferite și ambigue la modul la care Yeats (1959) numea „fascinația pentru dificil". Deși erau extrem de înfricoșătoare, se mulau totuși pe temperamentul și valorile mele. Perspectiva kaiseriană era pentru mine un loc extraordinar de unde să îmi încep formarea ca terapeut. Mă atrăgea intelectual, emoțional și estetic. Accentul pus pe autenticitate și repsonsabilitatea personală era corespunzător valorilor existențiale pe care le îmbrățișasem în timpul facultății. Mi-a plăcut și cum conceptele-cheie ale lui Kaiser au anticipat ceea ce aveau să devină problemele dominante ale sfârșitului de ani 1960 și începutului anilor 1970. În timpul generației mele, autenticitatea a devenit o virtute. Luarea unei poziții revizioniste față de psihanaliză s-a potrivit nevoii mele de a mă vedea ca ireverențios și nonconformist. Mi-am primit educația universitară într-o epocă în care psihoterapeuții aveau, în mod esențial, două alegeri: fie să urmeze psihanaliza, fie să reacționeze împotriva acesteia. Am rezonat cu modurile artistice ale lui Kaiser, pe care le folosea pentru construirea perspectivelor sale edificate științific asupra eficacității psihoterapiei. Într-o piesă alegorică numită *Emergency* (1965), a pus în lumină aspecte fundamentale ale terapiei psihanalitice. De la distanță este clar pentru mine că era vorba de un alt motiv crucial. Identificarea cu o minoritate radicală de terapeuți kaiserieni mi-a oferit posibilitatea,

în același timp, de a rămâne străin, dar și de a mă alătura unei comunități de adepți.

Căutarea autenticității

Era inevitabil că urma să caut un kaiserian atunci când am decis să mă reîntorc în terapie, lucru pe care l-am făcut în anul III al studiilor mele postuniversitare. Mi-am imaginat această alegere ca esențială „inițierii" mele în grupul de terapeuți care erau cunoscuți drept kaiserieni sau care admiteau că fuseseră influențați de către el (Shapiro, 1975). Deși această „pseudocomunitate" nu exista decât în imaginația mea (chiar și Kaiser insistase că el nu era un kaiserian), a merge la terapie la dr. C părea să fie ideea mea asupra „analizelor de formare" oferite în contextul institutelor de psihanaliză. Am intrat în tratament cu dr. C pentru a lua în serios alegerile-cheie pe care le făcusem în perioada de tranziție, spre vârsta adultă (de exemplu faptul de a mă fi căsătorit cu Ruth și a întemeia o familie), și pentru a-mi gestiona conflictul dintre nevoia de a avea succes și dorința mea de a iubi și a fi iubit. În timpul unei discuții în contradictoriu, fără să fi realizat extraordinarul din ceea ce spunea, Ruth m-a descris ca fiind „fără milă*" atunci când începeam un proiect scris.

Am mers la terapie la dr. C pentru a mă dezvălui pe mine, fără artificii, fără dramatizare de sine, fără a mă reinventa și fără a-mi urâți trecutul. Voiam să mă dezvălui pe mine (așa cum eram cu adevărat). Cunoșteam totuși totul foarte bine, astfel încât ar fi trebuit să trec peste o varietate de obstacole pentru a putea vorbi cu dr. C în mod spontan, autentic și expresiv. Pentru a le numi pe unele dintre ele: faptul de a fi înconjurat de oameni pe care i-am experimentat ca „prea agresivi", „prea vulgari", „prea demonstrativi", de fapt „prea mult", mi-a inhibat dorința de a vorbi elocvent. Petrecusem mult timp din copilăria mea „pretinzând" că totul era în regulă, deși știam că ceva era extrem de greșit. Acasă, întotdeauna îmi țineam grijile pentru mine. În perioada în care am dat la facultate, ajunsesem la poziția budistă conform căreia mare parte din suferința mea era cauzată de dorințe. Am încercat deliberat să ascund dorința de a avea ceea ce nu aveam deja. Am operat sub presupunerea că era mai mult probabil să obții ceea ce doreai, dacă nu-l lăsai pe celălalt să cunoască ceea ce doreai. Am pretins că rănile și dezamăgirile mele erau neimportante. Pentru a contracara băiețelul și, după cum

* Joc de cuvinte, *ruthless* putând fi interpretat și ca „fără Ruth" (n.tr.).

mi se spunea, înfățișarea „drăgălașă", mi-am dezvoltat abilitatea de a-mi asuma o fizionomie serioasă. În liceu, aceasta cerea să îmi prezint o imagine a mea ca fiind „tare". În facultate, persoana mea preferată era cea a unui tânăr nonconformist și boem din punct de vedere intelectual, ca tinerii melancolici pe care îi admiram din filmele străine și romanele existențialiste.

Dr. C și stilul său de terapie

Eram dureros de conștient de nenumăratele ocazii în care comportamentul meu diferea de ceea ce simțeam. Cu dr. C am învățat cât de dificil este să reziști rezistenței. Nu în mod surprinzător, am început terapia cu dr. C simțindu-mă oarecum înspăimântat de o privire mai îndeaproape asupra contradicțiilor existente între „imaginile" pe care căutam să le proiectez și perspectivele interioare a ceea ce se întâmpla „cu adevărat".

Dr. C a văzut clar acele aspecte ale mele pe care îmi era greu să le accept. Părea să pună accentul, într-un fel foarte selectiv, pe ceea ce era lăsat nerostit, dar transmis prin gesturile mele, prin expresiile faciale și calitățile vocii. Era o terapie în care se acorda prioritate „formei", în detrimentul „conținutului" a ceea ce spuneam. Abordarea sa cu mine părea să fie conformă mai ales noțiunii psihanalitice a confruntării și analizei rezistențelor. Orientarea atenției pacientului către manifestările expresive care însoțesc vorbirea necesită un tact considerabil și trebuie făcută cu compasiune. Din propria experiență dificilă, de primă mână, cu dr. C, știu că o concentrare asupra aspectelor nelingvistice ale exprimării unui pacient va provoca în primul rând rușine, iar pe lângă aceasta puțin altceva, în cazul în care aceste calități lipsesc.

Din nefericire, dr. C nu a interpretat și nu a pus în practică principiile lui Kaiser într-un stil care să fie congruent cu sensibilitatea mea. Dr. C se mândrea cu simțul lui ironic. Eu l-am găsit prea superficial, caraghios și sarcastic. Ca un adult novice, înscris pe un traseu neexplorat, aveam nevoie să fiu luat în serios. Abordarea doctorului C părea să fie în serviciul a nu lua ceea ce am spus „prea în serios". Nu a acordat suferinței mele valoarea meritată. Am simțit că nu își dădea seama de magnitudinea acesteia. M-am simțit caricaturizat de către el. Părea că se baza insuficient pe perpectiva tragică a condiției umane. Simțeam că ar fi putut să fi beneficiat de pe urma sfatului lui Paul Simon (1973): „Încercați puțină tandrețe. Nu există tandrețe dincolo de onestitatea voastră".

În perioada unui an și jumătate de terapie cu dr. C, am mai făcut câțiva pași înainte învățând cum să spun „Consider...", „Simt...", „Cred...", „Vreau..." direct și deschis. Negăsind în dr. C modelul idealizat al terapeutului kaiserian care speram să devin, am simțit o afecțiune mai mare și m-am identificat mai mult cu profesorii mei decât cu terapeutul meu, la fel cum mi se întâmplase și în timpul facultății. De fapt, mult din ceea ce am luat din terapia mea cu dr. C a fost convingerea de a dezvolta un stil terapeutic care să fie blând, amabil și nonironic.

Sosirea în New Haven

În institutul de studii postuniversitare am fost învățat, în mare parte, ceea ce era greșit în psihanaliză. Atunci când am ajuns în New Haven, în 1967, aproape toată terapia care era practicată era derivată din și judecată conform psihanalizei. Aici, perspectiva prevalentă era că psihanaliza era cea mai profundă și cea mai minuțioasă formă de terapie.

New Haven este un oraș în care teoria și practica psihanalitică continuă să înflorească. Atunci, și la o scală mai mică acum, figurile cele mai intelectual riguroase și admirate erau și sunt psihanaliștii. Ca profesor asistent la Yale, în cadrul departamentului de psihiatrie, am fost supervizat de personalități ca: Sid Blatt, Marshall Edelson și Borge Lofgren, care susțineau în mod convingător că o terapie, de patru sau cinci ori pe săptămână, era, de la sine înțeles, superioară tuturor celorlalte terapii și o cerință de formare necesară. Am citit manuscrisele lor bătute la mașină și am asistat la seminarii și prelegeri cu Roy Schafer și Hans Loewald. Aș putea spune despre Roy Schafer (1983, p. 284) ceea ce spunea el despre relația sa cu Erik Erikson:

> Eram absolut îndrăgostit de felul lui de a gândi, felul lui de a integra material socio-psihologic, biologic și antropologic cu material psihanalitic. M-am regăsit atunci într-o poziție care cred că nu este rară printre terapeuții tineri. Îl imitam pe eroul meu, gândind și vorbind precum el. Doar atunci când am încercat să scriu ca el am devenit conștient că era ca și cum încercam să fiu chiar Erikson.

Era înțelept din punct de vedere practic și politic să gândești și să vorbești folosind vocabularul terapeuților din tradiția psihanalitică. În același timp, devenisem neîncrezător în felurile în care ideile lui Kaiser erau interpretate de mâna de clinicieni din New Haven care îmbrățișau acest punct de vedere. Și astfel, atunci când am simțit că aveam nevoie

să mă întorc în terapie, am decis să fiu psihanalizat. Un prieten care era format ca psihanalist mi-a recomandat să-l văd pe dr. D. L-a descris ca fiind strălucit și imperturbabil și ca având multă experiență în tratarea adolescenților spitalizați.

Dezamăgirile mele în ceea ce îl privește pe dr. D

Sunt conștient de faptul că îi prezint pe toți terapeuții mei într-o manieră dublă. În primul rând, sunt prezentați ca persoane împreună cu care m-am angajat în dezvoltare psihologică. În al doilea rând, sunt sursa dezamăgirilor și a reacțiilor transferențiale negative, avându-și poate originea în problemele cu alte persoane semnificative. Cel din urmă aspect a ajuns la apogeu în timpul psihanalizei.

Am considerat o problemă de timp faptul că dr. D ar fi atras furia și reacțiile de dezamăgire înspre el, chiar dacă nu avea nici o vină. Eram pregătit din punct de vedere intelectual că el avea să devină ținta transferurilor legate de figurile autorității masculine din trecutul meu. Cu toate acestea, după vreo șase sau șapte luni de analiză, a început să îmi fie teamă că între dr. D și mine era o potrivire firavă. Uneori, am simțit că mă studia ca pe un „caz". Această suspiciune s-a confirmat la ani după ce eu am terminat terapia, atunci când am dat întâmplător peste un articol pe care el îl publicase. Am fost șocat când m-am regăsit descris de el, „mascat" bineînțeles. Nu imi ceruse niciodată permisiunea.

Dr. D era un bun analist pe buchia cărții. Cu mine nu a părut niciodată să devieze de la tehnica văzută drept „corectă". Am simțit că atitudinea sa terapeutică și stratagemele îi erau influențate în mod nejustificat de obedienta interpretărilor tradiționaliste ale recomandărilor lui Freud privind anonimitatea, abstinența și neutralitatea. Oricum, oricât de expert din punct de vedere tehnic ar fi fost, nu a spus niciodată nimic care să fie evocator sau foarte interesant. Nu m-a amețit niciodată cu profunzimea insight-urilor și nici nu m-a făcut să simt ca și cum aș fi fost îmbogățit cu idei noi. Voiam un analist care să aibă calități ca inventivitatea și originalitatea. Am simțit că el nu prinsese specificurile imprevizibile ale vieții mele. Nu avea o latură creativă a sa. Părea să îmi aprecieze eforturile de a găsi singur interpretări ale mele, dar prea adesea m-am simțit ca și cum mă învățam singur ceea ce venisem să învăț de la și cu el.

La fel ca în stereotipul filmului despre analistul rigid, el nu răspundea întrebărilor mele „realiste". Evitând în mod scrupulos toate formele de

dezvăluire de sine, simţeam că era duplicatul secretului familiei mele. Rămânea tăcut atunci când aveam nevoie de o reflecţie empatică a sentimentelor mele. În timp ce dr. C îşi transmisese confruntările pe tonuri de ironie, calităţile tonale ale vocii doctorului D nu exprimau nici însufleţire, nici vitalitate. Mi-l amintesc ca atârnând într-un scaun de director care părea prea mic pentru corpul său masiv şi zdravăn.

Dr. D nu mi-a spus niciodată dacă era sau nu de acord cu interpretările mele, cu o singură excepţie majoră. Am avut o contradicţie pe seama interpretării mele asupra modului său de a conduce aspectele financiare ale relaţiei noastre. Atunci când asigurarea mea pentru terapie acordată ambulatoriu pacienţilor a expirat, în timpul celui de-al treilea an de terapie, l-am întrebat dacă era posibil să fi renegociat tariful. Nu ne-am înţeles asupra a cât trebuia să plătesc. Simţeam că el voia mai mult decât îmi puteam eu permite. Nu ştiu dacă el credea în afirmaţia influentă a lui Menninger (1962) conform căreia, pentru scopuri terapeutice, tariful ar trebui să fie un „sacrificiu clar" pentru pacient. Mi-am văzut poziţia concordantă cu angajamentul pe care eu mi-l luasem faţă de valorile mişcării centrului comunităţii de sănătate mintală (Geller şi Fierstein, 1974). În Departamentul Ambulatoriu al Conneticut Mental Health Center (Centrul de Îngrijire a Sănătăţii Mintale Conneticut), acolo unde am lucrat eu, misiunea noastră era de a oferi psihoterapie psihodinamică de lungă durată persoanelor care nu îşi puteau permite tarifele percepute de terapeuţi în practica privată. Un studiu publicat în 1977 de către Pope, Geller şi Wilkinson a arătat că nici suma, nici sursa banilor plătiţi pentru terapie nu dau naştere la o relaţie semnificativă menită să aibă rezultate pozitive printre pacienţii trataţi în clinica noastră. Eu încurajam această descoperire.

Oricare ar fi fost sensurile, conflictele noastre legate de economia terapiei nu au fost niciodată soluţionate, drept pentru care am renunţat prematur la terapie. Descoperirea şocantă că el se folosise de materialul din analiza mea pentru a-şi ilustra convingerile teoretice într-un articol publicat, fără să mă fi consultat pe mine mai întâi, a transformat dezamăgirea mea în decepţie. Mi-am iertat tatăl, dar încă nu l-am iertat pe dr. D.

Îndreptarea trecutului

În fiecare dintre terapii, am apreciat în mod special şedinţele în care am reuşit să recuperez amintiri care păreau pierdute pentru totdeauna. Cu dr. A am aflat că mă imaginam pe mine însumi mergând în linie

dreaptă. Cu un pas în urma mea, un perete de cărămidă roşie înalt mă urmărea. Se mişca înainte, aşa cum făceam şi eu. Prezenţa sa monolitică făcea imposibil ca eu să văd de unde venisem. Am extras multe înţelesuri din această metaforă. Făcând asta, am devenit conştient de importanţa faptului de a gândi istoric despre mine. Dr. A m-a încurajat să fiu curios în ceea ce mă priveşte şi mi-a făcut plăcere să-i identific pe „creatorii" de probleme în viaţă.

Am început analiza cu speranţa de a recupera mult mai multe experienţe formative din copilărie. Dat fiind că terapia mea cu dr. B era concentrată în mod esenţial pe aici şi acum, nu progresasem foarte mult în căutarea mea de a trece peste „amnezia mea din copilărie". Cu dr. D reconstruisem mult mai puţin din copilărie decât sperasem, dar poate că nu mai puţin decât mi-ar fi prezis Ernst Schactel (1959), unul dintre autorii mei favoriţi.

Pe de altă parte, aşa cum s-a întâmplat cu toate terapiile mele, analiza mi-a adus totuşi schimbări benefice în direcţii nebănuite. Una dintre aceste schimbări neaşteptate, dar extrem de apreciate, a fost descoperirea fluxului constant al imaginilor vizuale care se desfăşoară prin „chintesenţa" mea (Hopkins, 1998). În timp ce stăteam întins pe canapea, îmi închideam adesea ochii pentru a avea contact cu scurgerea caleidoscopică a flash-urilor, adesea granulare, şi a imaginilor vizuale tăcute. Calea memoriei mele era aceea a unui montaj de film, nu cea narativă găsită în romane. Psihanalizele mi-au întărit abilitatea de a respinge cenzura asupra imaginilor care sunt evocate în timpul experienţelor regresive şi în neorânduială. Aşa cum aveam să aflu, o dată ce cineva a atins abilitatea de a „rămâne în" fanteziile nedorite, „un hiat inevitabil" (Berger, 1995) între imagerie şi limbajul vorbit se păstrează încă. Poate fi menţionată doar o versiune vagă de vise, aşa cum sunt experimentate ele.

Limbajul viselor

Nu cred că mă înşel sugerând că terapiile mele au contribuit la transformarea şi distrugerea unui coşmar care m-a torturat din copilărie. În forma sa originală, fug înfricoşat de doi bărbaţi anonimi. Câteodată găsesc un adăpost temporar în apartamentul ieftin al unei femei de vârstă medie, africano-americană. Chiar când sunt pe punctul de a adormi în patul din bucătăria ei, cei doi bărbaţi intră în forţă în apartament, urcând pe scara de incendiu şi spărgând un geam. Următoarea generaţie de vise

a fost semnalată prin dispariția unuia dintre cei doi bărbați. Fugeam încă, dar am interpretat visul mai optimist, ca sugerând că magnitudinea fricilor mele se diminuase.

Visul final din această serie a avut loc în timpul analizei. De această dată, acțiunea s-a desfășurat în fața ușii casei mele din New Haven. Bărbatul bătea la ușă și urla la mine. Am reușit să ne vedem prin geam și ușa de stejar care ne separa. Era îmbrăcat într-un costum bleumarin, o cămașă albă și o cravată. Nu știam cine era. În noaptea aceea, în loc să o iau din loc, am apucat o bâtă de baseball, am deschis ușa și am spus: „Haide înăuntru, nenorocitu' dracului, sunt pregătit".

În mod evident, acest vis poate fi interpretat în feluri multiple. Mi-ar plăcea să cred însă că a însemnat că eu îmi dezvoltasem curajul de a face față și a cuceri orice fel de frici ar fi simbolizat „el". Poate că a însemnat că eram pregătit să integrez în sensul meu de sine calitățile agresivității și distructivității pe care le proiectasem anterior asupra lui. Pentru mine, toate interpretările conțin un element ireductibil de ficțiune. Ceea ce este important, cu toate acestea, este faptul că, după acea noapte, nu am mai avut vise care să fie atât de scriptice.

Dezvoltarea conștiinței corporale

În timpul și după psihanaliza mea, am experimentat beneficiile unei întregi varietăți de practici a căror premisă operațională de bază este că schimbările în personalitate pot fi aduse direct prin modificarea structurii corpului și a mobilității funcționale a acestuia. Aceste abordări educative sau orientate pe creștere au inclus sistemul de reînvățare posturală și neuromusculară al lui Feldenkrais (1949), masajul terapeutic, integrarea structurală al lui Rolf (1963) și yoga. Am început să particip, de asemenea, în grupuri de mișcare autentice (Pallaro, 1999) și mi-am început și studiul modalităților de tratament derivate din artele creative (Clarkson și Geller, 1996; Geller, 1974, 1978). Aceste practici puternic nonverbale și noncognitive au completat și au consolidat beneficiile pe care le-am derivat din „tratamentul prin discuție".

În tandem cu psihanaliza, implicarea mea în aceste practici m-a învățat cum să fiu atent la senzațiile subtile și localizate care însoțesc variate stări experiențiale, incluzând și acele stări alterate de conștiință care se ivesc în timpul asociațiior libere. Ele mi-au furnizat moduri alternative de comunicare a „adevărurilor" pe care chiar și poeții le găsesc dificil

de exprimat în cuvinte. Era foarte reconfortant să aflu că descrierile artiștilor asupra procesului de creație se aseamănă îndeaproape cu eforturile mele ca pacient.

În mod singular și în combinație, aceste abordări experiențiale mi-au oferit posibilitatea să „întrupez" insight-urile câștigate din terapie. În psihanaliză am explorat conflictele dintre „impulsul de a lăsa" și necesitatea resimțită de a menține autocontrolul, dar eu, unul, am avut nevoie de reînvățare neuromusculară pentru a mă ceda în fața greutății pasive și de a experimenta adevărul în mod chinestezic. Am aflat în analiză despre multele înțelesuri și funcții folosite de dependența mea de țigări, dar totodată am învățat să respir natural și fără ajutorul țigărilor, lucrând la mișcarea corpului. (Îmi ținusem inconștient respirația, o moștenire a fricilor din copilărie — și astfel, în mod paradoxal, aprindeam țigările cu scopul de a reiniția ciclul inhalării și exhalării.) În analiză am căutat o înțelegere aprofundată a hiperactivității mele, dar am învățat cum să stau în liniște fără a avea febră musculară, prin a face yoga și alte forme de meditație. În psihanaliză am examinat modurile în care eram în același timp un senzualist amoral și un pudic rușinos, dar am avut nevoie de un lucru direct cu corpul pentru a-mi înmuia „armura fizică" (Reich, 1949), astfel încât să pot lua plăcerea neconflictuală din experiențele senzoriale.

Scrierile și psihoterapia

Fiecare dintre terapiile mele poate fi caracterizată în termenii sarcinilor de dezvoltare cu care mă luptam în momentul în care am intrat în tratament. De exemplu, dr. A mi-a acceptat revendicările adolescentine, în timp ce îmi susținea aspirațiile adulte. M-a ajutat să plec de acasă și din New York City. Există, în orice caz, o temă recurentă care a ieșit la suprafață în toate psihoterapiile mele — relația mea cu scrisul lucrărilor academice, în special cele legate de psihoterapie.

În prima mea terapie am descoperit că obligația de a scrie lucrări la termen, într-o anumită perioadă de timp, mi-a stârnit în mod invariabil anxietăți de anihilare. Cumva, dobândisem perspectiva că aș putea pieri înainte de a-mi atinge scopurile, din cauza eforturilor mele de a atinge acele obiective. Inabilitatea mea de a accepta ca valid perceptul conform căruia credințele religioase puteau fi explicate doar pe baza credinței a intensificat acutele mele frici de moarte și ceea ce se întâmplă după moarte. Ca tânăr, cea mai adâncă legătură a mea cu alți evrei era cea

referitoare la o conştiinţă intensă a Holocaustului şi a pericolelor antisemitismului. Nimeni din familia mea nu a acceptat credinţa în iudaism sau frecventarea unei sinagogi pentru a se ruga. Nici unul dintre bărbaţii din nici una dintre părţile familiei mele nu trecuse prin Bar Mitzvah. Nu am participat la nici un aspect organizat al vieţii evreieşti. Unchii mei preferaţi luau în derâdere ideea că evreii erau poporul ales de cel mai puternic Dumnezeu. I-am invidiat şi, în acelaţi timp, mi-a părut rău pentru cei care aveau o viziune pozitivă asupra eternului şi puteau înţelege o prezenţă divină la lucru în lume. Părinţii mei erau admirabil de principiali, dar erau sceptici în privinţa existenţei lui Dumnezeu. Ei m-au făcut să cred în „virtuţile" clasice — curaj, înţelepciune, justiţie şi cumpătare.

Deşi aceasta nu este explicaţia completă, pot să recunosc o legătură profundă între faptul de a fi crescut ca un nonobservator şi evreu neafiliat şi o dorinţă arzătoare spirituală nedezvoltată, pe care am adus-o în fiecare dintre terapiile mele, şovăiala de a opta pentru orice şcoală de terapie şi lupta mea neîntreruptă pentru a găsi un vocabular teoretic în care să scriu despre terapie.

Teama de a face o dizertaţie a apărut proeminent în terapia mea cu dr. C. Împreună cu el am avut de-a face cu o dezamăgire specifică, conform căreia nu eram un „geniu" şi fricile mele erau mediocre. Cu el am trecut şi prin dorinţa mea rebelă de a contesta îngustările formalismului academic. Am ajuns să înţeleg că de fapt căutarea respectului şi a valorii de sine a depins prea greu de ceea ce şi cât de mult am scris.

Am obligaţia profundă de a oferi pacienţilor mei o părere pozitivă necondiţionată. Cu toate acestea, din câte îmi amintesc, am simţit că valoarea mea fundamentală, ca bărbat, a depins de calitatea a ceea ce am creat. Foile de hârtie galbenă liniată de 21,5 cm pe 27,9 cm au constituit câmpul de luptă pe care m-am înfruntat cu această contradicţie. Eram constrâns să public ca să nu „pier" la Yale. Am anticipat oarecum morbid că productivitatea mea ar fi insuficientă pentru ocuparea unui post. În acelaşi timp, am simţit că folosisem un mediu greşit în care aveam să-mi exprim nevoia imperioasă de a crea. Am luat în considerare faptul de a participa la şcoala de dramă, pentru a deveni director de teatru. Aceste probleme au fost punct de concentrare, de explorare de sine în analizele mele. În cadrul acestui context, am aflat multe despre felurile în care motivele mele perfecţioniste, competitive, agresive, narcisice şi exhibiţioniste au complicat eforturile mele de a scrie.

Dr. E și încălcările distanței

L-am ales pe dr. E în mod deliberat ca următorul meu terapeut, parțial pentru că știam că și el era conflictual în ceea ce privea scrisul. Se zvonea că avea un dulap plin cu manuscrise nepublicate. În timpul terapiei cu dr E, pentru a-mi păstra pe primul plan al conștiinței mele ambivalențele despre continuarea de a scrie, am postat poemul lui Yeats „The Choice" („Alegerea") (1959, p. 242) pe ușa frigiderului. Începe așa:

> Intelectul omului este obligat să aleagă
> Între perfecțiunea vieții sau cea a muncii sale.

Se credea că dr E era unul dintre primii terapeuți pentru terapeuții orientați psihanalitic din zona mea. Era profund respectat pentru inteligența și claritatea minții sale. La conferințele la care am participat a vorbit cu deosebită pricepere și elocință despre munca sa. Mi-a lăsat impresia genului de bărbat pe care l-aș putea respecta. Mi-a plăcut și că, la fel ca și mine, purta pantofi confortabili, pantaloni de catifea reiată, cămăși din bumbac, fără cravată, și pulovere făcute din materiale moi. Avea o anumită aură care nu era prezentă la terapeuții mei americani, fie că erau evrei (Dr. A, B și C), fie că erau creștini, psihologi sau psihiatri. Dr. D era singurul psihiatru. Aura doctorului E părea să sugereze că atinsese „înțelepciunea". Îmi imaginam că trebuia să fie un terapeut foarte evoluat, matur, deosebit de creativ, metodic, experimental și totuși blând. Am sperat să găsesc în el modelul idealizat al tipului de terapeut care speram să devin.

Din nefericire însă, faptul de a fi pacientul doctorului E nu s-a potrivit cu fantezia așa de mult pe cât sperasem. Părea frecvent obosit, distras, neatent și melancolic. Erau și momente de sclipire ocazionale și de profundă pătrundere, care îmi reînnoiau speranța că s-ar fi putut reîntoarce la vârful jocului. Încă mai meditez la înțelesurile interpretărilor sale gen koan (paradoxuri zen): „Jesse, tu nu pretinzi a fi cine nu ești, tu pretinzi a nu fi cine ești". Momentele sale de cea mai mare finețe au părut să se desfășoare atunci când își lua la revedere la sfârșitul unei ședințe. Cuvintele sale de ieșire (cum ar fi „Până data viitoare") aveau în ele promisiunea că poate data viitoare lucrurile aveau să se îndrepte.

Atunci când simțeam că doctorului E îi făcea plăcere prezența mea, puteam să mă relaxez și să îmi îndrept atenția spre viața mea interioară. Dacă simțeam că prezența lui nu putea fi luată de bună, deveneam mai degrabă preocupat de relația noastră. Pe când eram în terapie la dr. E, aparțineam unei rețele informale întregi de actuali și foști pacienți. Eram

toți terapeuți. Faptul de a ne compara experiențele cu el era pe deplin reconfortant. Ne admiteam și unul altuia că dr. E părea să adoarmă, ocazional, în timpul terapiei. Comparam și modurile diferite de reacție la ochii lui lucioși și dorința sa de a nu-și da în vileag oboseala evidentă. Unii se temeau că îi găsea plictisitori. Eu am resimțit profund momentele în care el pretindea că nu aș fi făcut judecăți imparțiale referitoare la pierderile sale de interes.

Speculam împreună felul în care viața sa personală ar fi putut să-i fi afectat munca. Cunoșteam unele detalii. Aceste informații îndulceau uneori dezamăgirile noastre legate de dr. E. Nu există nici un standard obiectiv sau absolut conform căruia să fi putut judeca intensiatea, generozitatea și persistența interesului unui terapeut pentru un pacient. Tocmai de aceea, este foarte dificil să stabilești anumite limite dincolo de care inabilitatea resimțită de a avea și de a arăta un interes viu pentru pacient ar îndreptăți scuzele sau dreptul de a cere anumite informații. Cercul nostru de terapeuți-pacienți ai doctorului E a găsit aceste ambiguități ca dificil de tolerat.

Într-un articol publicat anterior (Geller, 1994), am folosit material clinic din terapia mea cu dr. E (mascându-mi identitatea) pentru a ilustra cum poate fi înțeleasă tentația de a se îndepărta emoțional de un pacient. Ceea ce vreau să subliniez aici este următoarea propoziție: aidoma faptului de a deveni „prea apropiat" de un pacient, interesul diminuat considerabil într-un pacient aduce după sine implicații etice și tehnice. Cred că are loc o încălcare a limitelor, atunci când profunzimea și generozitatea interesului unui terapeut cad dincolo de nivelurile la care un pacient are „dreptul" să se aștepte. Reducerile mari ale interesului constituie o încălcare a distanței (Katherine, 1991).

Terminarea terapiei cu dr. E

În timpul celui de-al doilea an de terapie cu dr. E, am experimentat un episod major de blocaj al scriitorului. Încercam să termin o lucrare pe tema rolului separației și pierderii în psihoterapie (1987). În viața mea era o dezordine totală din cauza crizelor continue create de surzenia fiicei noastre mai mici (Geller, 1996) și a deciziei Departamentului de Psihiatrie Yale de a nu mă promova. Dr. E mi-a acordat permisiunea de a mă opri din scris. „Jesse, nu trebuie să termini această lucrare, dacă nu vrei." Cu toate acestea, din motive pe care le înțeleg doar parțial, am continuat. Tocmai de aceea mi s-a părut potrivit ce mi-ar fi spus dr. E într-un vis pe care l-am luat ca

un semn că mă îndreptam înspre pierzanie: „Jesse, poți avea o cameră a ta". În vis, stăteam în picioare, față în față, într-o mansardă bine luminată, dar nemobilată. Așa cum mulți dintre voi vă reamintiți, *A room of One's Own* (O cameră proprie) este titlul unuia dintre eseurile Virginiei Wolff (1927) pe tema a ceea ce se cere de la viața scriitorului.

Concluzie

Am abordat scrierea acestui capitol în spiritul acelora care descoperă ceea ce cred și doresc să spună în actul de a scrie. În timp ce scriam acest capitol am făcut conexiuni care nu îmi erau clare la început. Am fost surprins să văd cât de mult îi triangulasem pe profesorii și terapeuții mei, în acest chip recreând un model a cărui fundație a fost pusă atunci când m-am simțit prins între tatăl și unchii mei. Privirea aruncată în urmă pentru a vedea de unde am venit a adâncit aprecierea mea asupra modurilor în care identificările și contraidentificările cu terapeuții mei mi-au format atitudinile din direcția acelor aspecte ale practicii terapeutice care nu sunt cuprinse în programele de formare formală și nici în manuale. Acestea includ, dar nu sunt limitate la atât, stilul meu conversațional, tariful pe care îl percep pentru serviciile mele, importanța pe care o acord întrupării conștiinței și centralității prezenței.

Relatările autobiografice ale experiențelor terapeutice ale terapeuților pot fi scrise în genuri diferite. Nu avem nevoie de mai multe confesiuni. Ca rezultat al scrierii acestui capitol, am ajuns la concluzia că ar fi avantajos pentru noi să ne trasăm sarcina de a găsi formate narative care să le ofere terapeuților posibilitatea de a explora sursele nonraționale și raționale ale gestionării ambiguităților și aspectelor nescrise ale terapiei.

Teoriile psihoterapeutice sunt cel mult schițate și bazate doar în sens larg pe informații fundamentate empiric. Aș recomanda, ca atare, ca scrisul unui eseu dedicat întrebării *Cum a influențat biografia mea dispozițiile mele teoretice și clinice?* să devină o parte integrantă a educației profesionale a tuturor terapeuților. Înarmați cu aceste cunoștințe, terapeuții, cred eu, ar practica mai eficient „știința aplicată" (Geller, 1998) a psihoterapiei.

Bibliografie:

Bachelard, G., *The poetics of space*, Beacon Press, Boston, 1994

Berger, J., *Ways of seeing*, Viking, New York, 1995

Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*, Basic Books, New York, 1973

Clarkson, G. şi Geller, J.D., „The Bonny Method from a psychoanalytic perspective: insights from working with a psychoanalytic therapist in a guided imagery and music series" în *Arts in Psychotherapy, 23*, 1996, p. 311-331

Dalai Lama şi Cutler, H.C., *The art of happiness*, Riverbeach Books, New York, 1998

Erikson, E.H., *Childhood and society* (ed. a 2-a), Norton, New York, 1963

Feldenkrais, M., *Body and mature behavior*, International Universities Press, New York, 1949

Freud, S., „Recommendations on psychoanalytic technique" în *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 6, J. Strachey (ed. şi trans.), Hogarth, Londra, 1912/ 1953

Geller, J.D., „Dance therapy as viewed by a psychotherapist" în *American Dance Therapy Association Monograph, 3*, 1974, p. 1-23

Geller, J.D., „The body, expressive movement and physical contact in psychotherapy" în *The power of human imagination*, J. Singer şi K. Pope (ed.), Plenum, New York, 1978

Geller, J.D., „The process of psychotherapy: Separation and the complex interplay among empathy, insight and internalization" în *The psychotherapy of separation of loss*, J.B. Feshbach şi S. Feshbach (ed.), Jossey-Bass, San Francisco, 1987

Geller, J.D., „The psychotherapist's experience of interest and boredom" în *Psychotherapy, 31*, 1994, p. 3-16

Geller, J.D., „Thank you for Jenny", în *The therapist as a person*, B. Gerson (ed.), Analytic Press, New York, 1996

Geller, J.D., „What does it mean to practice psychotherapy scientifically?" în *Psychoanalysis and Psychotherapy, 15*, 1998, p. 187-215

Geller, J.D. şi Fierstein, A., „Professional training within community mental health centers" în *The education and counselors*, G. Farwell, N. Gumsky si P. Coughan (ed.), Pelican Press, Gretna, Los Angeles, 1974

Hopkins, G.M., *The selected poems of Gerard Manley Hopkins*, Oxford University Press, New York, 1998

Horney, K., *New ways in psychoanalysis*, Norton, New York, 1966

Kaiser, H., *Effective Psychotherapy*, L. B. Fierman (ed.), Free Press, New York, 1965

Katherine, A., *Boundaries,* Hazelden, New York, 1991
Menninger, K., *Theory of psychoanalytical technique,* Basic Books, New York, 1962
Oates, J.C., „Writers on Writing", în *New York Times,* 1999, iulie, 19, p. 10
Pallaro, P., *Authentic movement: Essays by M.S. Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow,* Kingsley, Londra, 1999
Pope, K., Geller, J.D. şi Wilkinson, L., „Fee assessment and outpatient psychotherapy" în *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 1,* 1977, p. 11-14
Reich, W., *Character analysis,* Orgone Institute Press, New York, 1949
Rolf, I.P., „Structural intergration" în *Systematics, 1,* 1963, p. 66-83
Schactel, E., *Metamorphosis: On the development of affect, perception, attention and memory,* Basic Books, New York, 1959
Schafer, R., *The analytic attitude,* Basic Books, New York, 1983
Shapiro, D., „Dynamic and holistic ideas of neurosis and psychotherapy" în *Psychiatry, 33,* 1975, p. 218-226
Simon, P.C., „Tenderness" pe *There goes rhymin' Simon,* C.D. BHI, 1973
Stern, D.B., „Unformulated experience" în *Contemporary Psychoanalysis, 10,* 1983, p. 71-99
Wolff, V., *A room of one's own,* Harcourt Brace, Londra, 1927
Yeats, W.B., *The collected poems of W. B. Yeats,* Macmillan, New York, 1959

Capitolul 9

Experiențele de terapie personală ale unui terapeut specializat în orientarea rațional-emotivă

de Windy Dryden

În Marea Britanie, în prezent, majoritatea organizațiilor profesionale cer psihoterapeuților să fi beneficiat de terapie personală înainte de a fi acreditați. În timp ce oganizațiile profesionale, reprezentând abordări terapeutice diferite, specifică durata și frecvența acestor terapii personale, nu acesta este și cazul organizațiilor profesionale mai generale. Atât British Association for Counselling (Asociația Britanică pentru Consiliere), cât și Division of Counselling Psychology (Divizia de Consiliere Psihologică) din cadrul British Psychological Society (Societatea Psihologică Britanică) specifică acum că practicienii acreditați (în primul caz) și cei confirmați (în al doilea caz) trebuie să aibă un minimum de 40 de ore de terapie personală. Dar ce este atât de neobișnuit la aceste 40 de ore? Nici o organizație nu a oferit vreun argument convingător pentru această cifră și, cu siguranță, nu unul care să își aibă originea în literatura de cercetare.

Atunci când mi-am început eu formarea pentru consilier în Marea Britanie (în 1974), existau doar puține organizații profesionale de acreditare și existau și mai puține îndrumări (în afara tradiției analitice) cu privire la beneficierea de terapie personală, fără a mai vorbi despre tipul de terapie de care ar trebui să beneficieze o persoană, pentru cât timp și cu ce frecvență ar fi trebuit urmată. Astfel, ceea ce voi prezenta în continuare este o relatare a experiențelor mele de terapie personală din poziția mea cotemporană, adânc înrădăcinată în tradiția terapiei rațional-emotivă (REBT — Rational Emotive-Behaviour Therapy).

În relatarea istoriei mele de terapie personală voi cuprinde experiențele de terapie individuală și de grup de care am beneficiat înainte de formarea în consiliere și după ce am început să formez, la rândul

meu. Voi lua în discuție și grupurile de dezvoltare personală pe care le-am frecventat, care erau o parte obligatorie în trei perioade ale formării mele profesionale. În sfârșit, vom discuta exemplificări de autoajutorare pentru că acestea vor pune în lumină motivele pentru care am beneficiat de atât de puțin ajutor de pe urma terapiei oferite de colegii mei practicieni. După relatarea fiecărui episod (sau episoadelor conectate) de terapie personală, voi comenta asupra experiențelor mele.

Trei înmormântări și o nuntă

Prima dată când am intrat în terapie personală era pe la la sfârșitul anului 1974. Tocmai îmi începusem formarea profesională pentru consiliere și, la vârsta de 24 de ani, sufeream de sentimente generale de nefericire, având o accepțiune asupra vieții care părea un continuu efort, chiar dacă aveam obiective vocaționale clare pe care le urmam. Dacă aș fi completat în acea perioadă testul de depresie al lui Beck, aș fi obținut un scor pe la mijlocul spre moderat al mediei de depresie. Am decis, ca urmare, să caut terapie personală, parțial pentru a gestiona acea stare de nefericire, dar și pentru că am considerat că *ar fi trebuit* să intru într-o asemenea formă de terapie, dat fiind că eram în formarea pentru a deveni consilier. Deși nu exista la acea vreme nici un decret emis de nici o organizație profesională în care eram asociat, aveam un „sentiment" conform căruia a beneficia de terapie personală era „un lucru bun" — o perspectivă care era exprimată de asociații psihanalitice diferite. În Marea Britanie, la acel moment (și într-o măsură mai mică astăzi), abordarea consilierii era dominată de practicieni din psihanaliză și terapia centrată pe persoană. Școala de terapie centrată pe persoană a recomandat includerea grupurilor de dezvoltare personală în programa analitică de terapie, iar școala de psihanaliză a recomandat terapia personală ca pe o activitate obligatorie, care trebuia să se desfășoare departe de instituția de formare unde candidatul era format.

Nu îmi amintesc de ce am căutat un terapeut personal psihanalist, dar îmi amintesc că la acea vreme acceptam, fără nici un simț critic, ceea ce acum consider a fi doar un mit: și anume că terapia psihanalitică este „mai profundă" decât orice altă abordare.

Înmormântarea 1

Sunt întrucâtva aspru față de terapeuți în această relatare, referindu-mă la experiența mea cu ei ca la niște *înmormântări*. Ceea ce vreau să transmit este că ei toți au fost mai mult sau mai puțin ineficienți din punctul de vedere al ajutorului pe care mi l-au dat pentru a trece peste acea stare de vagă depresie. Primul meu terapeut era de vârstă medie, un terapeut bărbat, evreu (cum sunt și eu la acest moment) și, cred, kleinian. Nesiguranța mea își are originea în faptul că persoana care m-a recomandat lui a spus doar că era de convingere psihanalitică. Terapeutul meu nu mi-a spus, cu siguranță, nimic direct referitor la orientarea sa terapeutică și nici nu am întrebat, pentru că la acea vreme nu s-a ivit nici o ocazie favorabilă unei asemenea întrebări.

Acest terapeut nu era auster în felul de a se manifesta, dar era un interpret neutru și strict. De fiecare dată când vorbeam, își băga capul între mâini și, în rarele ocazii când era pe punctul de a spune ceva, se balansa înainte, își lua mâinile de la gură, făcea o interpretare — pe care eu o găseam de obicei enigmatică —, după care se întorcea la postura lui normală. Încercările mele de a cere o clarificare a interpretărilor sale erau întâmpinate cu liniște sau cu o altă interpretare, împreună cu tema principală, respectiv că voiam să mă hrănească (de unde și bănuiala mea că era kleinian). Într-adevăr, după cum îmi amintesc, aceasta era interpretarea sa preferată.

Această terapie era nestructurată și cu final deschis. Aveam sentimentul că puteam să vorbesc despre orice voiam și că puteam să beneficiez de terapie pe o perioadă atât de îndelungată cât doream. De fapt, terapia a avut loc timp de aproximativ șase luni de ședințe săptămânale, pentru că urma să mă mut din Londra și nu aveam nici un chef să fac aceste deplasări săptămânale la Londra doar pentru a mă întâlni cu el. Atâta vreme cât nu îmi părea rău să pun capăt acestei terapii, m-am întrebat întotdeauna cum (și de fapt, dacă) ar fi evoluat dacă aș fi rămas. Un lucru era clar la sfârșitul acestui episod de terapie personală: resimțeam același sentiment de nefericire.

Înmormântarea a 2-a

A doua mea aventură în terapia personală a fost cu un psihiatru care predase un modul de „psihiatrie" în programul de consiliere pe care îl terminasem, în iulie 1975, și în cadrul căruia am făcut trecerea la poziția

de lector, în august 1975. I-am cerut acestuia să-mi recomande pe cineva care putea să mă accepte, de vreme ce eu încă voiam să merg până în străfundurile nefericirii mele. El mi-a sugerat că putea să mă vadă chiar el în clinica sa National Health Service (Serviciul Național de Sănătate), la spitalul local de psihiatrie. Ar trebui să adaug în apărarea lui că problema relației duble nu era atât de clar trasată așa cum este astăzi. Eram foarte încântat de sugestia lui și am acceptat cu recunoștință oferta sa.

Știam că și acest al doilea terapeut era orientat psihanalitic, dar era de departe mult mai interactiv decât primul meu terapeut. Practicase, de asemenea, psihodrama și chiar a folosit câteva tehnici de psihodramă pe timpul cât l-am văzut eu. La aproximativ cinci sau șase luni după ce începusem terapia cu el, mi-a spus că trebuia să o încheie pentru că urma să renunțe la practică pentru un post cu normă întreagă de lector senior în psihiatrie. L-am înțeles și am avut un sentiment că totul s-a terminat într-o notă pozitivă, având în vedere că aranjase pentru mine să mă întâlnesc cu un coleg al său în aceeași clinică. Amintirile mele stăruitoare ale acestui al doilea episod de terapie personală au fost că terapeutul meu și-a luat o groază de notițe la început, ceea ce m-a surpins neplăcut. Oricum, a fost dispus să înceteze atunci când i-am spus. Îmi amintesc, de asemenea, tehnicile de psihodramă pe care le-am găsit destul de folositoare în a-mi îndepărta gândurile negre și a mă apropia mai mult de experiența directă. Cea mai puternică amintire, atunci când mă uit în urmă spre această experiență, este că fumam amândoi trabucuri în timpul ședințelor de terapie, dar că ale lui erau mai lungi decât ale mele!

Din nou, nu se stabilise nici un contract terapeutic la început și, ca și în cazul primei mele experiențe, avea o calitate de sfârșit deschis. Totuși, sentimentele de nefericire persistau.

Înmormântarea a 3-a

Am fost atunci recomandat unui bărbat care era unul dintre cei complet formați în psihanaliză care își desfășurau activitatea în Midlands. Oricum, lucrase mai puțin în clinica unde beneficiasem de terapie de la al doilea terapeut și acceptase să mă vadă la cererea acestuia. În total, am avut opt ședințe cu acest bărbat și a fost o experiență pe care am considerat-o destul de frustrantă. Din nou, nu exista nici un contract terapeutic și nici o perioadă predeterminată ca parte a acestui contract. În inocența mea operam cu presupunerea că, din nou, terapia va avea final deschis. Al treilea terapeut era neutru și rece. Atunci când privesc

înapoi, pot spune că nu l-am simțit niciodată pe primul meu terapeut rece, chiar dacă era strict neutru. Cumva, am simțit că era într-un fel preocupat pentru starea mea de bine. Oricum, nu era cazul și celui de-al treilea terapeut. Îmi amintesc, de asemenea, că, într-o anumită ocazie, chiar l-am întrebat dacă ceea ce experimentam era transfer și am primit un răspuns destul de sarcastic. Nu, acest om nu arăta nici un fel de grijă pentru mine, după cum mi se pare când privesc în urmă, și tot la fel mi se părea și atunci.

Sunt atras de cărți despre terapie și caut să explorez momente-cheie de terapie — ședințe cruciale și puncte de turnură în procesul terapeutic — după cum pot să îmi amintesc destul de viu a opta și ultima ședință pe care am avut-o cu acest bărbat. A început ședința prin a mă anunța că aceasta urma să fie ultima ședință. Sunt foarte sigur, atunci când îmi amintesc, că nu căzusem de acord asupra nici unui contract de opt ședințe (și nici un altfel de contract prevăzând o altă durată limită), iar sentimenul meu de șoc și consternare de atunci mă fortifică în viziunea mea retrospectivă a acelui moment. Apoi, mi-a spus așa, într-un mod neoficial, și am asta foarte clar în minte, că, dacă voiam să îl văd în continuare, puteam să merg la el în practica privată. Nu îmi amintesc exact cum am reacționat la asta în alt fel decât de a fi refuzat invitația și a ieși din biroul lui cât mai repede posibil. Impresia pregnantă pe care o am despre acest bărbat este că era arogant. Îmi amintesc că a întârziat la un moment dat la una dintre ședințe și nu a cerut scuze în nici un fel și nici nu a oferit vreo explicație a acelui comportament. Atunci când am vorbit despre asta în ședință, mi-a respins plângerea legitimă, începând să îmi interpreteze reacția.

Îmi aduc aminte că în ziua aceea am fost foarte năucit în drum spre casă după ultima ședință. Pur și simplu nu puteam să cred ceea ce se întâmplase. Erau toate acestea doar în imaginația mea? Nu mi se oferea nici o explicație pentru această încheiere bruscă, spunându-mi-se doar că urma să fie ultima ședință.

... și o nuntă

Faptul de a fi fost respins de acest al treilea terapeut psihanalist m-a făcut să decid să mă orientez spre propriile resurse. Cu ani în urmă, îmi depășisem anxietatea de a vorbi în public, pe care mi-o dezvoltasem ca urmare a unui impediment de vorbire, prin folosirea unei tehnici pe care o auzisem descrisă la radio. Pe scurt, am ajuns să vorbesc în orice

ocazie — fără a recurge la miile de modalități pe care le dezvoltasem pentru a nu mă bâlbâi — pur și simplu spunându-mi mie însumi: „Dacă mă bâlbâi, mă bâlbâi. La dracu!!". Și nu numai că am reușit să îmi depășesc anxietatea prin această metodă, ci m-am și bâlbâit mult mai puțin decât înainte.

Cei care știu câte ceva despre REBT o vor considera ca o versiune nescolastică a uneia dintre tehnicile sale majore: repetarea unei credințe raționale concomitent cu confruntarea fricilor cuiva. Ca o consecință, probabil că nu veți fi surprinși să aflați că, în 1976, mi-am îndreptat atenția spre *A New Guide to Rational Living (Un nou ghid spre o viață rațională)*, o carte REBT de autoajutorare, scrisă de Albert Ellis și Robert Harper (1975). Studiasem în mare REBT în timpul programului meu de consiliere, cu un an sau așa ceva mai devreme, și mi-am amintit că rezonasem cu idelile lui Ellis despre teoria și practica psihoterapiei, dar nu avusesem destul timp să studiez REBT în profunzime, dat fiind că pe atunci ne concentram în principal pe lucrările lui Carl Rogers.

În ceea ce privește perspectiva REBT asupra problemelor psihologice și remedierea lor, am realizat destul de repede că nefericirea mea era cauzată de sentimentele de inferioritate legate de anumite probleme personale. Mi-am dat seama mai departe și că motivul pentru care nutream astfel de sentimente era faptul că aveam o sumă de credințe iraționale despre mine în relație cu împlinirea și recunoașterea. În sfârșit, găsisem ceea ce căutam: o abordare care îmi explica pas cu pas o perspectivă căreia puteam să îi dau un sens și să o asociez cu ceva (că eram nefericit din cauza credințelor rigide și extreme pe care le aveam despre mine) și un mod de a depăși aceste sentimente (prin identificare, punerea lor sub semnul întrebării și vânarea acestor credințe, folosindu-mă de o mulțime de tehnici cognitive, imaginare, comportamentale și emotive).

Așadar, terapia de autoajutorare mi-a dat ceea ce terapia oferită de un terapeut nu a reușit — anume o informație clară asupra conceptualizării problemelor mele psihologice pe care le-am acceptat, precum și principii specifice despre cum să depășesc aceste probleme. Nici unul dintre cei trei terapeuți individuali nu îmi făcuse vreo relatare despre cum îmi conceptualizaseră ei problemele și nici unul dintre ei nu îmi pusese la dispoziție vreun principiu despre cum aș fi putut remedia acele probleme. Nu spun că toți clienții au nevoie de o astfel de claritate, dar eu aveam, cu siguranță. Dacă mi-ar fi oferit direcții specifice despre conceptualizare și tratament, aș fi putut să îmi dau consimțământul informat pentru începerea tratamentului sau aș fi decis că nu voiam să continui.

Poate vă întrebați dacă nu mi se oferiseră aceste informații pentru că se presupunea că le aveam, de vreme ce eu însumi eram consilier în formare. Mă îndoiesc de acest lucru pentru că (1) deschiderea nu era o trăsătură a comportamentului terapeuților mei în alte domenii și (2) nici măcar nu m-au întrebat dacă doream această informație. În orice caz, dacă vreunul dintre terapeuții mei a decis să nu îmi pună la dispoziție informații despre conceptualizare și tratament, crezând că știam deja despre ce era vorba, atunci s-au înșelat amarnic.

Comentarii

Nici unul dintre cei trei terapeuți nu a făcut vreo încercare semnificativă de a-mi explica felul în care au conceptualizat ei problemele mele psihologice, în general, sau problemele mele, în particular. Asta este ceea ce Bordin (1979) consideră o *sarcină* terapeutică cheie, care formează o parte importantă a consimțământului avizat dat de pacient. Cu toate acestea, nici unul dintre cei trei terapeuți nu mi-a cerut consimțământul pentru a începe terapia. În vreme ce unii ar putea să privească asta ca o omisiune etică, voi fi generos și voi spune că terapeuții mei urmau tradiția analitică, în care asemenea explicații explicite sunt în general evitate. În mod clar, această lipsă a unei explicații nu a împlinit „nevoia" mea psihologică de explicitate. Eu sunt o persoană căreia îi place să cunoască în mod clar ce ajutor se oferă, astfel încât să se poată hotărî singură dacă dorește sau nu să continue. Așteptările mele de a primi o asemenea clarificare erau fie ignorate, interpretate, fie, în cazul celui de-al treilea terapeut, ridiculizate. De ce nu am decis mai devreme că terapia psihanalitică nu era pentru mine? Pur și simplu pentru că nu am avut încredere în judecata mea astfel încât să iau o astfel de decizie.

Privind acum în urmă, credeam că, dacă rămân destul de mult în terapia psihanalitică, voi fi ajutat pur și simplu ca urmare a procesului, în ciuda evidențelor care dovedesc cumva contrariul. Acest lucru m-a învățat că anumiți clienți pot investi prea multă încredere în terapeuții lor, care cred că știu ceea ce este cel mai bine pentru ei. Ca terapeut, le accentuez clienților mei că ceea ce am să le ofer este un gen de abordare în a înțelege problemele clienților și cum să le trateze, dar evidențiez faptul că mai există și alte genuri de abordări. Le spun și că, dacă ceea ce am eu de oferit nu le este de ajutor, atunci nu sunt de judecat și că voi face toate eforturile pentru a-i recomanda unui practician ce ar putea fi în stare să îi ajute mai eficient. Așa cum și prietenul și colegul meu

Arnold Lazarus (Dryden, 1991) a spus, a face trimiteri raționale este o abilitate și un semn al maturității terapeutice. Nici unul dintre terapeuții mei individuali nu a adus în discuție aceasta ca posibilitate. Să nu fi făcut acest lucru știind că sunt un terapeut în formare și crezând că le-aș fi putut cunoaște abordările terapiei pe care o practicau? Au presupus ei cumva că luasem o decizie informată de a intra în terapie în fiecare dintre cazuri? Așa cum am spus și mai devreme, mă îndoiesc că făcuseră astfel de presupuneri, și, chiar dacă le făcuseră, atunci se înșelau. Ceea ce am învățat din toate acestea este să nu presupui că terapeuții în formare sau chiar terapeuții deja formați au informații și și-au dat deja acordul informat de a intra în terapie fără o cerere explicită a consimțământului mai întâi, doar dacă există o dovadă evidentă în sens contrar.

Nici unul dintre cei trei terapeuți discutați în această secțiune nu mi-a explicat care erau sarcinile mele în terapie sau, tocmai de aceea, nu mi-au explicat ce fel de sarcini aveau ei să angajeze în timpul procesului terapeutic. Bănuiala mea este aceea că fie se așteptau ca eu să știu, dat fiind că eram consilier în formare, fie, mai probabil, că se așteptau ca doar să vorbesc despre orice mă deranja în acea perioadă. Totul a fost însă complet nestructurat și vag, pe când eu aveam nevoie tocmai de claritate și structură. Excepția de la această regulă a fost cel de-al doilea terapeut, care m-a întrebat dacă voiam să încerc niște tehnici de psihodramă pe anumite probleme pe care le exploram. Amintirile mele sunt că acest terapeut a introdus posibilitatea de a folosi acele tehnici într-o manieră relaxată, netensionată, iar eu am fost încântat atât de ofertă, cât și de felul în care aceste lucruri erau făcute.

Bordin (1979) a susținut că este important pentru terapeut și client să se pună de acord asupra *scopurilor* schimbării de mai târziu. Asta nu înseamnă că terapeutul trebuie să accepte în mod necondiționat scopurile clientului. Mai degrabă ar însemna să se discute deschis problema obiectivelor astfel încât, în urma dialogului, să rezulte obiective comune. Mi-ar fi fost de mare ajutor ca terapeuții mei individuali să fi inițiat o astfel de discuție (dat fiind că sunt convins că este responsabilitatea terapeutului de a proceda așa). În timp ce acum înțeleg poziția psihanalitică privind obiectivele, atunci nu îmi dădeam seama de ea și tocmai de aceea căutam îndrumarea la terapeuții mei în această privință — o îndrumare care nu mi s-a dat niciodată. Chiar dacă, realistic vorbind, nu puteam să mă aștept ca terapeuții mei să își fi schimbat practica pentru a se adapta preferinței mele, era oare chiar așa de dificil ca ei să îmi explice poziția mea, astfel încât să pot judeca dacă mi se potrivea sau nu modul lor de tratament? Nu cred. Încă o dată, în practica mea solicit mai întâi

perspectivele clienților mei asupra problemei și le expun apoi, în mod clar, poziția mea cu privire la schimbările necesare atingerii obiectivelor.

Ar trebui să fie clar deja că nici unul dintre terapeuții mei nu a înțeles ceea ce consideram eu că ar fi fost cel mai folositor pentru mine din terapie. O asemenea înțelegere formează o parte importantă a ceea ce Bordin (1979) numește componenta de *legătură* a alianței de lucru. Un alt aspect relevant al legăturii în ceea ce privește terapiile personale se referă la conexiunea interpersonală dintre terapeut și client. Relația dintre primul terapeut și mine a fost cât se poate de neutră. În spatele poziției sale interpretative fixe am simțit că era un om bun, dar aceasta nu era decât o impresie vagă.

Așa cum am spus și mai devreme, îl cunoșteam pe al doilea terapeut dintr-un context diferit, și anume acela de a-mi fi predat la cursul programului de formare în consiliere atunci când eram student. A continuat să îmi predea acel modul și în timp ce îmi acorda terapie, atunci când eu eram lector pe același curs. Deci, îl cunoșteam în alte contexte și l-am simțit ca fiind cineva a cărui preocupare se situa în termeni rezonabili; această latură a lui s-a evidențiat după ce i-am cerut să nu mai ia notițe și să se concentreze mai mult pe contactul direct, față în față. Înainte îl simțeam parcă ascunzându-se în spatele rolului de psihiatru. A răspuns pozitiv cerinței mele și din această privință aș caracteriza relația noastră mai mult ca fiind de natură colegială, unul senior și altul junior, lucrând pentru a-l ajuta pe al doilea în calea spre niște obiective nespecificate. Dintre toți psihoterapeuții individuali care mi-au acordat terapie, el a fost cel care a înțeles cel mai bine nevoia mea de a fi activ în terapie și a sugerat să folosim tehnici de psihodramă. Aș spune că, dintre cei trei terapeuți aduși în discuție în această secțiune, cu el am avut cea mai bună relație, iar cu al treilea terapeut pe cea mai dificilă.

Nu am simțit că al treilea terapeut mă asculta cu atenție. Poate că o făcea, dar cum și Rogers (1957) a spus într-un mod înțelept, condiția fundamentală de a avea un impact terapeutic asupra clientului este ca respectivul client să experimenteze prezența acestuia. Dacă terapeutul ascultă cu atenție și clientul nu simte acest lucru, atunci aceasta nu va mări în nici un fel impactul pozitiv asupra clientului. L-am simțit într-adevăr ca detașat, nepăsător și cumva arogant. Felul în care a întrerupt terapia, brusc și unilateral, pe lângă oferta de a fi putut să mă vadă în continuare ca pacient în practica sa privată, mi-a dovedit natura oarecum exploatativă a lucrului acestui terapeut cu mine și poate și lăcomia sa. Pe scurt, nu țineam la el așa de mult și am simțit că nici el nu ținea la

mine prea tare. După standardele actuale, presupun că unii ar putea susține că au existat elemente abuzive în această relație. Și mă gândesc acum la anunțul unilateral, fără nici un fel de avertizare prealabilă, că urma să pună capăt terapiei.

Pentru a fi generos, unii ar putea susține că, în 1976, importanța planificării terminării nu era așa de mult apreciată cum este acum și că practica de a muta pacienții de la National Health Service, unde terapia este acordată gratis, la sectorul privat (unde se percepe un tarif) ar putea să nu fie văzută ca lipsită de etică așa cum s-ar întâmpla astăzi. Oricum, acest bărbat era un psihanalist complet format, pentru numele lui Dumnezeu, și membru deplin al Institute of Psychoanalysis (Institutului de Psihanaliză), unul dintre cele mai prestigioase institute din lume. Chiar și la vremea aceea sunt convins că, în cazul în care colegii ar fi știut, ar fi fost șocați de acest comportament față de mine. Inclusiv faptul de a fi folosit această experiență în scopul cel mai bun nu ar fi scuzat un astfel de comportament.

Am descris mai devreme cum am renunțat la terapia acordată de terapeut și m-am îndreptat, cu rezultate bune, înspre autoajutorare. De ce a fost această experiență mai eficientă pentru mine decât terapia oferită de practicieni înalt calificați, mai bine de un an? În primul rând, am rezonat mult mai mult cu modelul de explorare REBT decât cu cel psihanalitic, așa cum l-am înțeles eu. Mi-a plăcut faptul că, atunci când am citit *A New Guide to Rational Living* al lui Ellis și Harper (1975), autorii, încă de la început, au făcut foarte clar modul în care ei au conceptualizat tulburările emoționale. Oricum, chiar dacă terapeuții mei ar fi declarat clar perspectiva psihanalitică a psihopatologiei, aș fi preferat tot abordarea REBT. De ce? Pentru că a accentuat rolul factorilor cognitivi, care a avut răsunet în sufletul meu, în felul în care m-a ajutat să îmi înțeleg nu numai mie problemele, dar și pe cele ale clienților mei. Pe vremea aceea, încă practicam terapia centrată pe persoană, dar întâlnirea mea cu această carte de autoajutor REBT și succesul meu ulterior în eforturile de autoajutorare m-au condus la hotărârea de a rămâne în REBT, o decizie pe care nu am regretat-o niciodată.

În al doilea rând, am rezonat cu maniera directă, clar înțeleasă, și unii ar spune non-nonsensuală, a abordării REBT pentru a gestiona problemele emoționale ale unei persoane. Nu mi-a fost niciodată complet clar cum un mod de a vorbi lipsit de finalitate, ca în terapiile mele psihanalitice, ar putea să mă ajute să depășesc sentimentul de nefericire, dar îmi era clar ca lumina zilei, atunci când am citit cartea lui Ellis și Harper (1975), ce aveam nevoie să fac pentru a mă elibera de acele sentimente.

Aveam nevoie să identific, să pun sub semnul întrebării și să îmi schimb credințele iraționale, precum și să mă manifest în feluri care erau consistente din punctul de vedere al alternativelor raționale ale acestor credințe. Simplu, dar nu ușor, așa cum spunem noi în REBT.

Pentru mine, una dintre problemele cu aceste terapii individuale este că erau prea deschise în ceea ce privește obiectivele. Nici unul dintre terapeuții mei nu m-a întrebat ce urmăream în terapie. Atunci când am început să folosesc REBT cu mine însumi, nu numai că m-am întrebat ce probleme aveam, dar m-am întrebat și unde voiam să ajung în privința fiecăreia dintre acele probleme. Am văzut că problemele mele de la acea vreme aveau de-a face cu sentimentele de inferioritate și voiam să fiu mai tolerant în ceea ce privește acceptarea de sine. Poziția REBT asupra acceptării de sine necondiționate (Dryden, 1999b) a fost o revelație pentru mine. M-a încurajat să mă văd pe mine ca egal în umanitate cu toți ceilalți oameni, să îmi admit în întregime slăbiciunile, precum și punctele forte și să apreciez că existența trecutului nu a însemnat că eram inferior și că puteam să mă adresez lor nondefensiv. Noțiunea lui Carl Rogers (1957) asupra privirii pozitive necondiționate nu a avut un impact similar asupra mea, de vreme ce, așa cum am văzut-o eu, încuraja oamenii ca mai degrabă să se aprecieze decât să se accepte.

Faptul de a avea o idee clară unde mă situam în problemă, precum și că știam ce să fac ca să ajung unde doream erau ingrediente-cheie pentru mine spre progresul pe care l-am făcut în a-mi depăși nefericirea. Ar trebui să adaug și că, în entuziasmul meu extrem, nu am apreciat pe vremea aceea că nu era posibil să ajungi la o acceptare de sine perfectă. Îmi dau seama acum că acesta este un proces de o viață și că, indiferent că sunt mult mai tolerant în acceptarea de sine acum decât eram atunci, mai am încă vulnerabilități legate de aceasta. Acest fapt însă nu mă descurajează.

Este poate ciudat să te gândești la realizarea unei legături cu tine însuți/însăți, dar în autoajutorare se întâmplă cu siguranță. Pentru a mă ajuta pe mine însumi să depășesc acea indispoziție, am dezvoltat o înțelegere mai corectă în ceea ce mă privește decât mi-ar fi arătat vreunul dintre terapeuții mei. Acest lucru s-a întâmplat pentru că am folosit perspectiva REBT de a mă înțelege pe mine. Trebuie subliniat și că nu m-am putut folosi de perspectiva psihanalitică pentru a face acest lucru și nici nu am fost ajutat să fac asta de nici unul dintre terapeuții mei personali.

În sfârșit, un aspect important al legăturii terapeutice este sincronizarea. Toți terapeuții mei au lucrat mult prea încet cu mine, o altă caracteristică a abordării psihanalitice la care eu nu am rezonat. În schimb,

atunci când am folosit REBT pentru a mă autoajuta, am putut să o fac într-un ritm mult mai rapid.

Din toate aceste experienţe am învăţat următoarele chestiuni, pe care le aplic în mod curent în practica mea terapeutică.

1. Le explic clienţilor exact ceea ce este REBT şi subliniez, în linii mari, felurile de sarcini pe care este cel mai probabil să le aplic şi în ce fel de sarcini vor fi ei angajaţi. Le apreciez reacţiile şi, în cazul în care îmi indică faptul că REBT nu este tipul de terapie pe care îl caută ei, îi recomand unui terapeut care este mai probabil să le împlinească preferinţele de tratament — atât timp cât aceste preferinţe nu perpetuează problemele clienţilor.
2. Îi ajut pe clienţii mei să specifice care sunt problemele lor şi unde ar dori să ajungă în privinţa fiecăreia dintre probleme. Apoi, concentrez terapia în aşa fel încât să-i ajut să-şi atingă obiectivele.
3. Mă străduiesc să dezvolt genul de legătură care să faciliteze procesul de tratament şi, în cazul în care consider că vreunul dintre colegii mei ar putea să dezvolte o legătură mai puternică, nu ezit să le fac o recomandare potrivită. Sunt norocos, dat fiind că, din punct de vedere financiar, nu îmi compromit poziţia în această privinţă, de vreme ce nu depind de practică pentru asigurarea traiului.

După ce am descris şi am comentat propriile experienţe în terapia cu terapeut şi terapia de autoajutorare, permiteţi-mi să trec acum la experienţele legate de a fi membru al unui grup de terapie, căruia m-am alăturat la sfârşitul ultimului an de facultate — înainte de a începe formarea în consiliere.

Un an de terapie de grup

Experienţele pe care tocmai le-am relatat nu au fost de fapt primele mele experienţe în beneficierea de terapie. În mai 1970, pe la sfârşitul anului II de faculatate, am decis să nu mai fac nimic în ceea ce priveşte examenele şi să pretind că sunt bolnav. Am fost trimis la psihiatrul colegiului, care a decis că aveam nevoie să particip la un grup psihodinamic care urma să se ţină la începutul următoarei sesiuni academice, în octombrie 1970, şi pe care îl conducea chiar el împreună cu un alt coleg psihiatru. În timpul interimatului oricum m-am adunat şi mi-am reprogramat examenele, pe care le-am trecut cu brio în iulie.

M-am alăturat grupului format din aproximativ opt pacienţi şi doi terapeuţi, care şi-au asumat mai mult un rol pasiv, interpretativ. Am admis în

fața grupului că îmi simulasem boala, după aproape șase luni, dar, de vreme ce depășisem deja criza atunci, această dezvăluire nu m-a ajutat foarte mult.

Uitându-mă acum în urmă, cred că faptul de a mă opri din lucru și a de a simula boala fusese o încercare de a scăpa de ceva ce nu mi-a făcut deloc plăcere (materiile de la psihologie din timpul anului II sunt destul de anoste) și am sperat să pot trece în anul final al cursului pe baza activității practice în loc să trec examenele. O dată ce testasem sistemul, după ce am realizat că nu puteam evita examinările din anul II, a trebuit să fac față responsabilităților și să studiez din greu din acel punct pe mai departe. Decizia de a mă reponsabiliza nu a avut nici o legătură cu participarea mea la grup, de vreme ce toate acestea s-au întâmplat înainte ca eu să particip la grup.

Am învățat un lucru de la ședințele de grup, care s-a dovedit a fi o lecție de viață foarte valoroasă. Am devenit prieten cu unul dintre membrii grupului și am început să ne întâlnim în afara grupului (ceea ce, dacă îmi aduc bine aminte, nu era interzis prin faptul de a fi membru al grupului). Această prietenie s-a dovedit a fi unilaterală; dacă eu nu îl contactam, nu mă contacta nici el. La început m-a deranjat această lipsă de reciprocitate și chiar l-am confruntat pe această temă în cadrul grupului. El s-a scuzat și a promis că va iniția un contact, dar cu toate acestea nu a făcut-o. Din acest punct îmi amintesc că mi-am schimbat atitudinea. Mi-am dat seama că el era și, în același timp, nu era persoana care mă așteptam eu să fie și, dacă voiam să fim prieteni, trebuia să realizez că eu trebuia să inițiez contactul pentru că el nu avea să o facă. O dată ce am acceptat această realitate crudă, m-am calmat și am decis să rămân prieten cu acel tip. Nu a inițiat niciodată vreun contact, numai că nu mă mai deranja deloc acest fapt. De câte ori mă uit în urmă la acest episod, îmi dau seama că nici măcar nu mi-am împărtășit introspecția proprie cu grupul, de vreme ce tind să dezvolt lucrurile în capul meu mai degrabă decât prin dialog cu ceilalți oameni.

Așadar, ce altceva am învățat de la grup? Destul de puțin, pe lângă faptul că grupurile orientate psihodinamic nu erau pentru mine. Aceasta era o lecție pe care aveam să o reînvăț de câteva ori, după cum voi arăta de îndată. Bineînțeles că unii ar spune că a fi membru al grupului m-a ajutat să realizez acest aspect, și într-adevăr chiar așa și este, în ciuda protestelor mele care susțin contrariul. Oricum, această ipoteză este imposibil de dovedit. Tot ce pot să spun este că nu mi s-a părut, nici la momentul respectiv și nici în retrospectivă, că faptul de a fi făcut parte din acel grup ar fi avut vreo legătură cu adaptarea mea la comportamentul prietenului meu.

Comentarii

Privind înapoi, chiar nu știu de ce mi s-a recomandat acest grup psihodinamic. Cu siguranță, atunci când l-am întâlnit pe psihiatru pentru interviul de evaluare și cand mi-a făcut această recomandare ca să mă alătur grupului, nu mi-a oferit nici un fel de argument rațional referitor la intrarea mea în acest grup. Impresia mea este că avea nevoie de mai mulți membri pentru crearea grupului, pentru ca acesta să fie viabil, și nu erau nici contraindicații care să mă excludă de la calitatea de membru al grupului. Pe vremea aceea eram copleșit de sentimente în privința acelui psihiatru (dat fiind statutul său mai degrabă decât personalitatea sa) și, dacă el credea că aveam nevoie de participarea la grup timp de un an, atunci trebuia să fi avut dreptate. În fond, el era profesionistul, iar eu eram un biet student. Acum, cu siguranță, lucrurile stau cu totul altfel. Ca practician, eu le ofer argumente raționale clare clienților mei în ceea ce privește tratamentul extrem și mă asigur că se gândesc cu grijă la recomandările mele de tratament înainte de a le accepta.

Una dintre caracteristicile acestei experiențe de grup a fost inactivitatea terapeuților de grup. Mare parte din munca de grup era făcută de membrii grupului, care de multe ori și-au oferit unul altuia sfaturi destul de deplasate. Atunci când terapeuții interveneau, o făceau doar pentru a da interpretări și, dacă acestea erau ignorate, așa cum se întâmpla de obicei, rămâneau tăcuți. Din ceea ce am văzut eu, foarte puțini dintre membrii grupului au beneficiat de avantaje de pe urma anului de terapie de grup.

Această experiență m-a învățat că era important ca un terapeut de grup nu numai să încurajeze interacțiunea dintre membri, ci să și intervină frecvent în procesul de grup. Aceasta îi ajută pe membrii grupului să se concentreze asupra obiectivelor și reprezintă o forță coercitivă atunci când își dau sfaturi proaste unul altuia. Felul în care eu fac acest lucru ca terapeut de grup REBT este să evidențiez orice aspecte ajutătoare ale sfatului oferit, iar apoi să mă concentrez asupra problemelor psihologice pe care membrii grupului le pierd din vedere atunci când se sfătuiesc unul pe altul (Dryden, 1999a). Astfel, mă străduiesc să mențin motivația membrilor grupului de a se ajuta unul pe altul, în același timp concentrându-și atenția pe ceea ce trebuie să facă din punct de vedere psihologic pentru a-și atinge scopurile. Ca terapeut de grup REBT, mă văd pe mine însumi ca având un rol de paznic, încurajând interacțiunea productivă între membrii grupului, și un rol educativ, din perspectiva căruia îi încurajez pe membri să folosească tehnicile REBT pentru a se

ajuta pe ei înşişi şi unii pe alţii. Cei doi terapeuţi de grup care îndrumau grupul pe care tocmai l-am descris erau mai degrabă nişte bieţi paznici, de multe ori admiţând interacţiuni neproductive între membrii grupului care luau amploare, fără să fi fost verificate în prealabil, şi erau nişte educatori ca vai de ei, dat fiind că nu au oferit niciodată explicaţii ale interpretărilor lor.

Patru ani anoşti de grupuri de dezvoltare personală

În total, am experimentat patru ani în trei grupuri de devoltare personală. Sincer, le-am considerat ceva de genul pierdere de vreme. Din moment ce erau compuse din studenţi care se văzuseră unul pe altul în alte contexte (academic, în cadrul supervizării, social), aproape toţi ne protejam din punctul de vedere a ceea ce spuneam în cadrul grupului despre vieţile noastre şi despre sentimentele pe care ni le purtam unul altuia. Astfel de grupuri nu erau folositoare nimănui. Din ceea ce am băgat eu de seamă, erau de mai mare ajutor membrilor care erau inhibaţi social, care au învăţat că puteau vorbi despre ei înşişi sau chiar să îi confrunte pe alţi membri ai grupului fără să se întâmple nimic teribil în urma acestor dezvăluiri sau confruntări. Dat fiind că eu ştiam deja toate acestea, am decis să mă apuc serios de jocul care părea a fi acela ca o persoană să vorbească despre ea însăşi la fiecare cinci sau şase săptămâni şi să spună câte ceva în fiecare dintre celelalte grupuri, când ceilalţi vorbeau pe îndelete. Părea că, dacă nu făceai toate acestea, deveneai punctul central pentru toţi ceilalţi membri ai grupului, care doreau să ştie de ce erai tăcut sau de ce te distanţai de grup.

Nu cer scuze pentru faptul de a părea cinic în ceea ce priveşte aceste grupuri, cer însă scuze foştilor mei studenţi pentru care au fost o parte obligatorie a programelor de consiliere pe care le-am condus. Nu am făcut acest lucru pentru că am considerat că ar fi avut vreo valoare, ci pentru că organizaţiile de acreditare profesionale se aşteaptă ca acestea să facă parte din programa analitică de formare şi nu am vrut să-i dezavantajez pe studenţii mei privându-i de această experienţă „obligatorie".

Comentarii

Aceste grupuri de dezvoltare personală erau, strict vorbind, nu terapie de grup, ci mai mult grupuri de sensibilizare. Membrii grupului nu erau

văzuți ca având probleme personale pentru care aveau nevoie de ajutor, ci ca viitori profesioniști, care aveau nevoie să devină mai conștienți de ei înșiși și de impactul lor asupra altor persoane. Aceasta reprezintă o activitate destul de rezonabilă în care să fie implicați consilierii în formare și nu m-aș fi împotrivit participării la un astfel de grup, timp de un an. Eu am obiectat, de fapt, la a fi trebuit să particip la trei astfel de grupuri, timp de patru ani. Cerințele mele de scutire au căzut pe seama unor urechi surde dintr-un motiv pe care pot să-l înțeleg, fiind și eu consilier formator la rândul meu, dar care, în ultimă în instanță, nu poate fi justificat, de vreme ce rațiunea de a fi a unui grup de dezvoltare personală (GDP) este „dezvoltarea personală" a membrilor săi individuali. Se credea că, în cazul în care candidații puteau să se sustragă de la a fi membri ai unui grup de dezvoltare personală, atunci acest lucru ar produce o schismă într-un grup de formare, care s-ar împărți în „participanți" și „nonparticipanți". Formatorii sunt foarte precauți în a permite orice practici care ar putea divide un grup de formare și care-i privează pe membrii grupului de o adunare unde ar putea să vorbească despre sentimentele lor referitoare la curs și la participanții la curs, în cadrul unui grup promovat de o persoană exterioară grupului. Oricum, nu sunt împotriva unei adunări în cadrul căreia membrii cursului să poată vorbi despre curs, deși din punctul meu de vedere acest lucru ar trebui făcut în prezența directorului de curs.

Tocmai de aceea, părea că faptul de a continua să fiu membru al acestor grupuri de dezvoltare personală avea mai mult de-a face cu promovarea armoniei (sau cel puțin minimalizarea conflictului) într-un grup de candidați decât cu susținerea dezvoltării personale individuale a candidaților. Argumentul meu la acea vreme era că propria dezvoltare personală ar fi putut fi mai bine obținută în afara cadrului grupului și încă mai cred cu tărie în acest punct de vedere.

Am menționat deja că, în grupurile de dezvoltare personală la care eu luam parte, mulți candidați erau precauți în ceea ce spuneau, dat fiind că urmau să-i întâlnească pe ceilalți candidați în alte împrejurări. Dacă participarea la un grup de dezvoltare personală este doar o experiență de formare obligatorie, ar fi mult mai bine dacă astfel de grupuri ar fi formate din studenți de la diferite cursuri de formare, astfel încât fiecare membru al grupului unui GDP să întâlnească alți membri doar în cadrul GDP. Practica de a pune candidați în grupuri de pacienți rezolvă o problemă, dar ridică un număr de alte probleme, a căror aducere în discuție trece dincolo de scopul acestui capitol. Alternativa pe care am sugerat-o eu ar însemna, de asemenea, ca acei candidați care participaseră

în prealabil la un GDP să nu fie obligaţi să participe la altul. Dacă această practică ar fi fost în funcţiune atunci când mi-am făcut eu formarea, aş fi fost scutit trei ani anoşti de participare la GDP şi ar fi trebuit să fi petrecut doar un singur astfel de an!

Pregătirile pentru o criză a vârstei de mijloc ce nu a avut niciodată loc: două luni de terapie jungiană

Când m-am apropiat de cea de-a 40-a aniversare, am decis să intru din nou în terapie personală, pentru a mă pregăti pentru criza vârstei de mijloc. Ar trebui să spun că nu simţeam nici o criză pe vremea aceea, şi nici după aceea nu am avut vreo criză, dar eram convins de ideea că a te pregăti adecvat pentru o criză este mai potrivită din punct de vedere psihologic decât a răspunde la o astfel de criză după ce aceasta s-ar produce. De această dată am ales în mod deliberat un terapeut jungian, pe baza faptului că munca lui Jung părea extrem de potrivită problemelor mele de vârstă de mijloc, şi voiam să beneficiez de terapia acordată de o femeie terapeut, doar pentru că toţi terapeuţii mei precedenţi fuseseră bărbaţi.

Am rămas în această terapie timp de aproximativ două luni. A devenit clar pentru mine destul de rapid, şi cred că şi pentru terapeuta mea, că o abordare jungiană nu mi se potrivea. Pentru un singur motiv: nu puteam să-mi amintesc nici un vis, ceea ce cred că terapeuta mea a găsit destul de frustrant, de vreme ce mie mi se părea că terapeutei îi făcea o deosebită plăcere să lucreze cu visele. În plus, am găsit faptul de a vorbi mai folositor decât intervenţiile ei, ceea ce, într-o oarecare măsură, mă îndepărta de trenul gândurilor, dar nu într-un mod productiv. Ca urmare, am decis să termin — un sfârşit care a fost reciproc acceptat, bine stabilit şi amiabil. Acest sfârşit ne-a dat amândurora posibilitatea de a lucra împreună mult mai târziu, la un nivel colegial şi profesional. Aceste contacte au dezvăluit-o mult mai caldă şi amuzantă decât atunci când era terapeuta mea!

Comentarii

Atunci când am intrat prima dată în terapie individuală tocmai începusem formarea în consiliere şi de aceea s-ar putea spune că eram naiv în a decide să mă angrenez într-o formă de terapie psihanalitică.

Cunoștințele mele despre ceea ce era disponibil pe scena terapeutică erau destul de limitate, iar preocuparea mea majoră era să găsesc un terapeut care mi-a fost recomandat favorabil. Oricum, după 16 ani sau așa ceva nu mai puteam fi considerat naiv. Aveam ceva experiență în terapie și descoperisem că eram mai potrivit unei abordări cognitiv-comportamentale decât uneia psihanalitice. Așadar, ce-mi venise să caut terapie jungiană? Am dat deja o explicație: abordarea lui Jung era presupusă a fi extrem de potrivită celor care doreau să exploreze conflictele crizei de mijloc și, cu toate că nu începusem să fiu afectat de asemenea probleme, luam măsuri preventive. Voiam, de asemenea, să beneficiez și de terapia acordată de o femeie.

Cum m-am angajat însă în scrierea acestui capitol, este evident pentru mine că nu aș fi fost un client atât de bun nici în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, în nici un caz nu la începutul anilor 1990. Dacă aș fi căutat ajutor în acel moment la un terapeut cognitiv-comportamentalist, ar fi trebuit să îmi strunesc tendințele (care, pe măsură ce scriu, găsesc că ar fi trebuit să fie prezente) pentru a superviza terapeutul. Dacă pot spune acest lucru cu umilință, am fost un susținător de primă importanță al REBT, în special, și al terapiei cognitiv-comportamentale, în general, pentru un anumit număr de ani; prin 1990, obținusem chiar o reputație în domeniu. Eram poate terapeutul REBT de primă importanță al Marii Britanii și nu pot să îmi imaginez să consult vreuna dintre grupările foarte mici de terapeuți REBT formați din Marea Britanie. În primul rând, îi cunoșteam pe toți destul de bine și îi formasem pe majoritatea lor; în al doilea rând, aș fi fost extrem de tentat să îi supervizez și să le corectez greșelile! În plus, nu m-am gândit să consult vreun terapeut mai generic cognitiv-comportamentalist, pentru că acea persoană nu s-ar fi concentrat pe credințele mele iraționale, ci ar fi ales în schimb să se îndrepte asupra distorsiunilor mele cognitive sau a altora asemănătoare, pe care le-aș fi considerat frustrante, așa cum am făcut când am format în terapia cognitivă Beck, în 1981, după ce mă formasem ca terapeut REBT câțiva ani mai devreme.

Așadar, este un pic cam mult din partea mea să îmi critic terapeutul jungian doar pentru faptul de a practica o orientare pe care ar fi trebuit să știu, în adâncul sufletului meu, că nu aveam cum să rezonez cu ea. Bineînțeles că acesta s-a dovedit a fi cazul și, cu toate acestea, nu pot să mă simt înclinat să o critic.

Voi comenta doar un singur lucru. Așa cum am menționat mai devreme, ani după ce terapia se încheiase am întâlnit-o pe fosta mea terapeută într-o activitate profesională și am găsit-o foarte încântătoare,

o femeie caldă, cu un sens al umorului foarte pronunțat. Aceste calități nu erau evidente pentru mine, atunci când eram pacientul ei. Acest fapt îmi ridică o întrebare interesantă. În adoptarea unui stil terapeutic destul de neutru, își pierd oare terapeuții psihodinamici (și aici îi includ și pe junghieni) mult din forța terapeutică a stilului lor interpersonal și a calităților lor? Din experiența mea, aș spune că probabil că da.

Consultarea cu Albert Ellis

Experiența de „terapie" personală finală privește consultările pe care le-am avut peste ani cu Albert Ellis, fondatorul REBT și persoana pe care o consider în cea mai mare măsură a fi mentor. Pentru peste 20 de ani, am făcut vizite anuale la ceea ce este cunoscut astăzi ca Albert Ellis Institute (Institutul Albert Ellis), în New York City. De fiecare dată când mă duc, aranjez în așa fel încât să îl văd pe Albert Ellis în ceea ce este cunoscut ca ședințele lui de prânz sau de cină. Acestea sunt de fapt pauzele dintre ședințele sale de terapie. Chiar dacă mare parte dintre aceste ședințe le-am folosit pentru a discuta probleme legate de (1) puncte mai de finețe ale teoriei și practicii REBT, (2) probleme pe care le-am avut în practica clinică a REBT și (3) proiecte scrise împreună, am folosit de câteva ori aceste sedințe pentru a mă consulta cu Al într-o sumă de probleme personale. În mod normal, acestea au fost probleme în care am eșuat să identific un factor subtil care m-a ocolit și astfel nu am fost capabil să ajung la sufletul problemei. În mod invariabil, Al m-a ajutat să identific acest factor și a avut încredere în mine să fac pașii curativi de a gestiona problema clarificată pe cont propriu.

Comentarii

Dintre toți terapeuții care mi-au acordat tratament, atunci când îi pun la un loc pe toți, sunt șocat să îmi dau seama de cât de multă terapie (cu atât de puțin în schimb!) am beneficiat de la Albert Ellis, în timpul sporadic când am discutat o chestiune personală cu el, el fiind, de departe, cel mai bun terapeut pe care l-am avut vreodată. De ce stau lucrurile așa? În primul rând, discuțiile noastre terapeutice de peste ani au fost în contextul în care el era mai mult un mentor decât un terapeut. Acest lucru pentru mine provoacă înțelepciunea implementării limitelor stricte dintre discuțiile terapeutice și nonterapeutice cu

aceeași persoană. Astfel de limite pot fi constructive pentru unii, dar nu ar fi fost pentru mine.

Un alt aspect al terapiei cu Al Ellis, pe care l-am apreciat, a fost faptul de a face dezvăluiri de sine. Obișnuiam să discut câte o problemă personală cu Al, iar el să îmi spună despre o experiență relevantă pe care o avusese cu aceeași problemă. Câteodată îmi spunea cum îl ajutase pe câte unul dintre clienții săi într-o problemă similară. Rareori se întâmpla să practice cu mine REBT formală, activ-directivă. Nu am discutat niciodată acest aspect cu el, cred că era destul de conștient de faptul că teoria și practica REBT îmi erau destul de familiare și nu puteam să am încredere în faptul de a fi încercat să le folosesc pe mine, înainte de a discuta problema cu el. El îmi respecta poziția de terapeut recunoscut REBT și căuta să mă ajute în moduri la care poate nu mă gândisem. Abordarea sa indirectă aici era cea mai avantajoasă.

Pe când scriu aceasta, îmi reamintesc o remarcă pe care unul dintre colegii mei de REBT a făcut-o cu privire la feedback-ul de monitorizare pe care îl primise pe o casetă terapeutică de la un supervizor REBT pe care îl căutase pentru ajutor. „M-a tratat ca și cum nu aș fi știut nimic despre REBT", susținea colegul meu, care a găsit această abordare a supervizării autoritară și nefolositoare. Al Ellis nici măcar o dată nu m-a tratat în discuțiile noastre terapeutice ca și cum nu aș fi știut REBT.

Celălalt aspect folositor al faptului de a beneficia de „terapie" cu Ellis era că stilul lui față de mine nu se schimba în funcție de problema pe care o discutam. Aduc acest fapt în discuție, prin constrast cu discrepanțele terapeutei mele junghiene, privind stilul „din terapie" și stilul „din afara terapiei". Al era acel sine amuzant, neîndemânatic, interesant, indiferent de ceea ce discutam. Într-o frază l-am simțit ca fiind autentic în a trata cu mine, și tocmai această „familiaritate veritabilă" este calitatea unui terapeut pe care o găsesc a fi extrem de folositoare când sunt client și mă străduiesc să o realizez prin munca mea. Aduc acest fapt în contrast cu stilul „formal neautentic" al celorlalți terapeuți ai mei.

Se cade să închei acest capitol cu experiențele mele de terapie cu Albert Ellis, de vreme ce îi datorez atât de mult ca profesionist. Totodată, e potrivit să închei cu o discuție despre singurul dintre tratamentele pozitive acordate de un terapeut pe care l-am avut. Deși i-am criticat pe toți terapeuții mei anteriori (cu excepția lui Albert Ellis), aș vrea să închei prin a spune că nu aș fi un client cu care se lucrează ușor pentru majoritatea terapeuților. Am o idee foarte clară despre ceea ce îmi este de ajutor și ceea ce nu îmi este folositor și am o preferință clară pentru

autoajutorare, ceea ce face ca faptul de a fi în terapie să se constituie ca o experiență problematică pentru mine, dacă terapia nu este concentrată în mod distinct pe a mă încuraja să mă ajut singur.

Și totuși, atât de mulți dintre terapeuții mei au eșuat în a descoperi asta. Ca rezultat, am învățat să mă întreb serios dacă practica mea REBT se potrivește cel mai bine nevoilor persoanei care mă caută pentru ajutor. Dacă da, atunci putem începe, dacă nu, sunt pregătit să recomand această persoană altcuiva. Aceasta este moștenirea finală a experiențelor mele de terapie personală, cea care mă ajută să rămân cu picioarele pe pământ și cea care mă ajută să rămân dedicat și smerit.

Bibiliografie:

Bordin, E. S., „The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance" în *Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 16*, 1979, p. 252-260

Dryden, W., *„It depends": A dialogue with Arnold Lazarus*, Open University Press, Buckingham, 1991

Dryden, W., „Friend or therapist?" în *Therapy on the couch: A shrinking future?*, S. Greenfield (ed.), Camden Press, Londra, 1999a

Dryden, W., *How to accept yourself*, Sheldon Press, Londra, 1999b

Ellis, A. și Harper, R.A., *A new guide to rational living*, Hollywood, Wilshire, California, 1975

Rogers, C.R., „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" în *Journal of Consulting Psychology, 21*, 1957, p. 95-103

Capitolul 10

Eul și Sinele: Reminiscențe ale psihoterapiei existențial-umaniste

de Bryan Wittine

În studiul lor provocator pe tema teoriei personalității, psihanaliștii Atwood și Stolorow (1993, p. 5) susțin că abordările teoretice divergente ale psihicului uman nu sunt „modele teoretice care pot fi raportate unul la altul în mod semnificativ, ci mai degrabă [sunt] orientări conceptuale și ideologice competitive cu privire la problema a ceea ce înseamnă să fii om". Teoriile diferiților investigatori sunt sădite în „structuri ireconciliabile și încapsulate ale supozițiilor metapsihologice", care se sprijină pe lumile experiențiale subiective ale teoreticienilor înșiși. Astfel, teoriile freudiene, junghiene, existențial-umaniste și cognitive, pentru a nu numi decât câteva, iau naștere din influențele personale și subiective ale acelora care le-au inventat, mai ales că „teoreticienii personalității tind să se bazeze pe propriile vieți ca o primă sursă a materialului empiric" (p. 6).

Dacă sistemele metapsihologice ale marilor psihologi sunt bazate, în mod fundamental, pe principiile de organizare inconștiente ale teoreticienilor, se poate oare spune același lucru și despre terapeuți și orientările teoretice specifice în jurul cărora gravitează aceștia? Ca terapeut, n-aș putea fi oare atras de anumite teorii psihologice care rezonează cu propria experiență subiectivă, abordări care exprimă chestiuni cu privire la propriul plan de viață inconștient?

În ceea ce mă privește, răspunsul la aceste întrebări este un „da" accentuat. Dacă privesc în urmă la cei 25 de ani de carieră ca psihoterapeut, recunosc că am fost atras de sisteme teoretice care au un sens personal și care tratează într-un mod sigur anumite lacune ale psihicului meu. În special, am avut nevoie de psihologie de profunzime care să mă ajute să mă adresez realității morții, neînduplecării schimbării și ramificațiilor unui tată absent, probleme care m-au urmărit din copilărie.

Am fost atras de trei psihologii care se adresează în mod specific acestor probleme. Acestea sunt psihoterapia existențial-umanistă, psihologia psihanalitică de sine și psihanaliza jungiană. În acest capitol mă concentrez în primul rând pe drumul pe care l-am parcurs în psihoterapia existențial-umanistă, pe care l-am urmat la începutul carierei mele. Acest drum a mers până în străfundurile ființei mele și a avut o asemenea putere încât mi-a format dezvoltarea ulterioară ca terapeut. Ceea ce am învățat din aceasta a devenit baza a ceea ce sunt și a modului în care lucrez.

O fundație nu reprezintă, bineînțeles, întreaga clădire și de atunci am decis să devin psihanalist jungian. Oricum, călătoria mea existențial-umanistă rămâne piatra de temelie a vieții mele profesionale.

Am început terapia din cauza depresiei și a sentimentului eșecului, după ce m-am despărțit de prima soție, cu care am fost căsătorit 10 ani. În plus, de-abia începusem să predau la o universitate din apropiere și aveam nevoie de suport de la o persoană pe care să o admir și care să mă aline atunci când făceam greșeli, să mă încurajeze să merg mai departe și care să îmi fie model. Calătoria mea existențială a ținut timp de cinci ani, de două sau trei ori pe săptămână, cu doi terapeuți diferiți. A continuat până la pensionarea celui de-al doilea terapeut. De aici mi-am început analiza jungiană, m-am înscris în formarea analitică și, ca urmare, am fost certificat ca analist. Călătoria mea jungiană a avut loc împreună cu doi terapeuți, timp de 12 ani, în mare parte de două ori pe săptămână.

Terapeutul meu existențial-umanist m-a învățat un proces de căutare interioară, ceea ce a însemnat să mă întorc înspre interior și să simt în mine însumi nuanțele gândului, sentimentului și senzației care se desfășoară tot timpul chiar sub nivelul conștiinței. Fenomenul transferului a fost explorat, dar explorarea transferului în profunzime a devenit secundară căutării interioare.

Inevitabilitatea morții

În psihodinamicile freudiene clasice, tendințele noastre agresive și libidinale dau naștere la anxietăți conștiente și inconștiente, care ne împing spre a adopta mecanisme de înfruntare și defensive. Psihoterapia existențială (Yalom, 1980) înlocuiește perspectivele freudiene ale psihodinamicii. Aici anxietatea și apărările ulterioare sunt activate de conștiința noastră cu privire la anumite probleme existențiale fundamentale: moarte, libertate, izolare și lipsă de sens. Ar trebui să încep prin a descrie

în ce mod problema fundamentală a morții m-a atras în mod specific înspre orientarea existențial-umanistă.

Am devenit conștient de inevitabilitatea morții pe când eram mic copil. Când mama avea nouă ani, sora ei de opt ani a fost omorâtă pe străzile din Cleveland. Dimineața devreme, în drumul ei către slujba de la biserică, mama a știut că ceva nu era în regulă. A găsit rozariul lui Elaine într-o baltă de sânge pe trotuar, la distanță de un bloc sau așa ceva de biserică. „Fetiță ucisă de un nebun" spunea titlul ziarului *Cleveland Plain Dealer*. Pe vremea când m-am născut eu, 16 ani mai târziu, această tragedie devenise un eveniment organizatoric fundamental în viața pioasă a familiei romano-catolice a mamei mele. Elaine devenise o eroină și un martir, iar povestea ei avea supranaturalul unui mit.

Mai târziu, pe când aveam 12 ani, bunica din partea mamei a murit, iar cadavrul ei, zăcând în coșciugul scump înconjurat de flori, m-a fascinat. Îmi amintesc gândindu-mă în sinea mea: „Corpul ei este ca o coajă de ou goală; viața a fost suptă din ea ca un gălbenuș". Moartea bunicii mele a fost prima dintr-un ciclu de 11 morți care au urmat în cadrul familiei mele, extinse pe parcursul următorilor doi ani. A venit rândul bunicului meu din partea tatălui meu la trei săptămâni după aceea; apoi, unul după altul, au murit unchi și mătuși, făcând să dispară o întreagă generație a familiei mele. „Era așa de tânăr/ă", spuneau cei rămași, pe când se uitau la cei atât de dragi lor în coșciug. Și toți *erau* tineri — de la vârsta de 50 de ani până la 72.

Căsătoria părinților mei era prea șubredă pentru a face față impactului acestor morți. O ruptură furtunoasă a avut loc atunci în familia mea, care a dus la divorțul lor pe când aveam 16 ani și m-am mutat în California pentru a mă alătura copiilor din flori, doi ani mai târziu. Sfârșit după sfârșit, schimbare după schimbare, toate m-au speriat până în străfundurile ființei mele și m-au făcut extrem de conștient de fragilitatea și caracterul trecător al vieții. Am început astfel să chestionez sensul vieții în fața anumitor accidente.

Ce jale se poate naște într-un tânăr care întâlnise moartea în mod direct, misterul fundamental într-un mod permanent? Ce poate să îmi stârnească interesul în fața unei lumi tulburate și inconsistente în relații rupte definitiv de moarte? Mi-am îndreptat atenția către filosofii asiatici și către meditație, unde am sperat să găsesc spiritul lipsit de moarte, nenăscutul și nemuritorul, neschimbatul în spatele continuei schimbări. M-am afundat în practica tehnicilor orientale de meditație și am ajuns să privesc psihologia vestică, cu excepția justificată a lui Jung, ca având puțin de-a face cu iluminarea spirituală, sensul vieții și alte problematici

fundamentale. Aceste chestiuni am crezut eu că aparţineau profesorilor spirituali, în săli de meditaţie şi mănăstiri, nu psihoterapeuţilor, în cabinetele lor de consultaţii. În acest sens, am considerat că ceea ce o psihoterapie profundă ar atinge în termeni de pace şi fericire era categoric inferior împlinirii pe care aş fi experimentat-o eu, dacă aş fi realizat spiritul lipsit de moarte promis de marile tradiţii contemplative ale Estului. Stabilitatea spiritualităţii era ceea ce vrusesem: Atman din Vedanta, Preaiubitul din sufism, natura lui Buddha din budism, Kether din pomul kabalistic al vieţii şi „Nu eu, nu eu, ci Hristosul care trăieşte în mine" al Sfântului Paul. Am citit mult Jung pe când eram tânăr, dar nu eram convertit. Noţiunea lui de sine transpersonal mi se părea să bată spre aceeaşi realitate spirituală pe care o căutau misticii, dar eu voiam lucrul adevărat, nu un substitut psihologic. Ca urmare, nu aveam nici o idee că voi deveni psihoterapeut şi, cu siguranţă, nici că aş fi avut nevoie de psihoterapie. Acum, când mă uit înapoi la acei ani, recunosc cu tandreţe şi compasiune măreţia defensivă a unui tânăr năvalnic, cu capul în nori şi picioarele legănându-i-se departe deasupra pământului.

Nu doar când m-am despărţit de prima mea soţie, după 10 ani de căsătorie, m-am gândit prima dată că aş fi avut nevoie de psihoterapie, ci şi pe când am întâlnit în facultate ideile lui James F.T. Bugental, unul dintre cei mai bine cunoscuţi susţinători ai orientării existenţial-umaniste în psihoterapie. În cărţile sale (Bugental, 1978, 1981) am descoperit cum abordarea existenţial-umanistă putea deveni un vehicul care să susţină realizarea spiritului pe care Bugental l-a numit „adevăratul Eu" sau „procesul Eu-lui", ca formă distinctă faţă de „sinele" meu, sistemul de construcţie de identitate cu care mă identificam în mod inconştient. Această chestiune îmi părea familiară. Făcea o paralelă între distincţia pe care yoghinii indieni o fac între Atman sau Sine (cu S mare) şi Eu. Aceeaşi distincţie este găsită şi la Jung, care a scris pe larg despre arhetipul Sinelui şi relaţia acestuia cu Eul. Ca Parsifal în legenda Graalului, care a devenit transfix la prima vedere a unui cavaler în armură strălucitoare şi a ştiut imediat că voia să devină unul, imaginaţia mea era prinsă de ideea că aş fi putut deveni psihoterapeut. Deşi Jung este cel care m-a învăţat prima dată cum să privesc inconştientul ca pe un fond bogat de posibilităţi creative, mai degrabă decât ca pe un cazan agitat al tendinţelor instinctuale, Bugental a fost cel care m-a învăţat cum să îmi accesez acest fond şi, în mod esenţial, cum să fac diferenţa dintre adevăratul Eu şi sinele meu construit.

Bugental mi-a fost şi tată. Ca mulţi alţi bărbaţi din generaţia mea, am crescut cu un tată distant, ceea ce a dus la o zonă de gol în psihicul meu

unde ar trebui să fie o imagine parentală. Nu am nici o îndoială că absența unui tată stabil a contribuit la sentimentul meu de lipsă a pământului sub picioare și de insecuritate, sentimente pe care le asociez și cu moartea și schimbarea. Destul de inconștient, căutam un tată bun pe care nu l-am avut niciodată, pentru a-l înlocui pe tatăl critic și distant pe care l-am avut. În căutarea mea spirituală, oricum, îl căutam și pe Dumnezeu Tatăl.

Nu aveam nici cea mai vagă idee despre implicațiile transferului acestor imagini atunci când am aranjat să îl găsesc pe Bugental și să merg în terapie la el. „Va trebui să te văd de cel puțin trei, de preferat patru ori pe săptămână", mi-a spus el la telefon. „Tariful meu este de 75$ pe oră." Era o sumă grasă pe vremea aceea.

Din punct de vedere financiar, aceasta era o investiție majoră. Faptul de a ajunge la el a constituit și o majoră investiție de timp. Locuia în Danta Rosa, la o oră bună și jumătate de condus de unde locuiam eu. Mai mult decât atât, faptul de a fi ales să îl văd pe el a reprezentat o provocare psihologică. După cum am spus, pe vremea aceea eram mult identificat cu o persoană impozantă, dar pe dinăuntru mă simțeam inferior. Totodată, nu aveam încredere în bărbați ca figuri de mentor. Acum pot să văd și că eram în conflict major, prins între mama mea, care avea nevoie de mine ca să fiu steaua ei strălucitoare (de aici, persoana mea impozantă), și tatăl meu, care voia un fiu ca toți ceilalți băieți și care era dezamăgit să afle că produsese un copil creativ, cu înclinații artistice. Nu fuseserăm niciodată apropiați, iar eu m-am simțit cu siguranță respins. Tocmai de aceea a trebuit ca eu să-mi depășesc suspiciunea legată de autoritatea bărbaților cu mult înainte de a începe să lucrez cu Bugental. I-am devenit în sfârșit pacient — da, mai întâi de trei ori pe săptămână, deși în timp a simplificat un pic lucrurile pentru mine, aranjând două dintre întrevederi una după alta.

Arta căutării interioare

Bugental era afundat în psihanaliza clasică și beneficiase de propria analiză de cinci ori pe săptămână, timp de câțiva ani. În orice caz, nu era mulțumit cu profunzimea atinsă în propria analiză; drept urmare, s-a concentrat asupra lucrărilor lui Wilhelm Reich și Fritz Perls pentru a adânci și a intensifica tehnica lui Freud a asociațiilor libere. Munca lui a devenit centrată pe experiență. Punctul central al ședinței de terapie era trăirea momentului — ceea ce se întâmpla fenomenologic în mine în timp ce vorbeam cu el despre viața mea. Bugental a început terapia cu mine, instruindu-mă în arta căutării:

Asta e ceea ce aş dori ca tu să faci atunci când intri în cabinet, Bryan. Aşază-te pe canapea, acordă-ţi puţin timp ca să începi să te simţi confortabil şi gândeşte-te la ceea ce te preocupă. Acordă o atenţie sporită faptului cum experimentezi acea problemă în corpul tău şi în sentimentele tale. Apoi, descrie pe cât de deschis şi de liber poţi ceea ce se întâmplă în tine, în timp ce tu contempli problema ta. Spune-mi la ce te face să te gândeşti, cum te simţi când îmi vorbeşti mie despre acea problemă, cum era viaţa ta înainte şi cum ţi-ai dori tu să fie viitorul. În timp ce faci asta, fii şi cu un ochi pe sentimentele şi senzaţiile din corpul tău. Principalul lucru pentru tine este să dezvălui pe cât de deschis şi pe cât de liber este posibil ceea ce se petrece în conştiinţa ta atunci când eşti aici. Nu te aştepta ca eu să spun multe. Pur şi simplu, dezvăluie-te dinăuntrul tău.

Astfel m-a învăţat să mă folosesc de „conştiinţa sentimentului" în alegerea, descrierea şi redescrierea problemelor mele. Am învăţat să rămân concentrat pe sentimentele şi senzaţiile din corpul meu, care au devenit mecanisme de declanşare a gândurilor, imaginilor, amintirilor, dorinţelor, speranţelor, fricilor, şi tot ceea ce se scurgea prin conştiinţa mea de la un moment la altul.

Pentru mine, instrucţiunile iniţiale ale lui Bugental au devenit regula de bază a psihoterapiei exitenţial-umaniste. Am încercat din greu să le urmez, pentru că voiam să îi fac plăcere tatălui! Acum, când privesc în urmă, instrucţiunile lui par mecanice şi greoaie. Le folosesc rareori cu pacienţii mei. Sunt tentat oricum să folosesc instrucţiunile mai subtile pe care Bugental mi le-a oferit (adaptat din Bugental, 1978, p. 29-31):

- „Bryan, spune-mi, ce simţi înăuntrul tău pe măsură ce îmi spui aceste lucruri?"
- „Bryan, ascultă, vrei să încerci ceva pentru mine? Hai să nu mai vorbim pentru o clipă, pentru ca tu să intri în contact cu ceea ce se întâmplă înăuntrul tău chiar acum. Acordă-ţi ceva timp. Apoi revino şi vezi dacă poţi să-mi spui şi mie puţin din ceea ce ai găsit, bine?"
- „Bryan, simt că se întâmplă multe în interiorul tău, chiar acum, pe măsură ce îmi spui aceste lucruri. Ai putea să îmi împărtăşeşti puţin şi din acelea?"

Pentru mine, un psihoterapeut novice, acestea erau comunicări elegante, care aveau efectul de a clarifica ceea ce Bugental credea a fi întâietatea subiectivităţii şi faptul că prima lui grijă era aceea de a mă ajuta să devin pe cât de subiectiv concentrat posibil în timpul şedinţelor.

Uitându-mă înapoi acum, cred că m-a învăţat cel mai mult despre căutarea interioară prin modelarea procesului de căutare. De fiecare dată

când l-am confruntat, m-a luat în serios. Adesea a căutat în propria subiectivitate și a dezvăluit ceea ce a găsit, de fiecare dată când acest lucru era potrivit muncii noastre. Îmi amintesc o oră în care dezvăluirea de sine m-a învățat mai mult despre căutare decât orice altceva îmi oferise. După aproximativ un an de terapie, viața i-a pus în față un eveniment major și o alegere, ambele influențând irevocabil munca mea cu el. Mai întâi, prietenul lui, Al Lasko, un psiholog din California de Sud, a murit pe neașteptate. Aceasta era o pierdere profundă pentru Jim, și toată lumea din comunitatea mică de existențial-umaniști știa acest lucru. În al doilea rând, la scurt timp înainte sau după moartea lui Lasko, nu îmi amintesc bine, a decis să se retragă din practica privată. În aceste circumstanțe mi-a oferit un răgaz de aproximativ doi ani pentru a duce terapia la bun sfârșit.

Nu știu dacă retragerea și moartea prietenului său aveau legătură, dar decizia sa a fost ca o explozie pentru mine. Era ca și cum cineva ți-ar spune că tatălui tău, pierdut pentru multă vreme și pe care l-ai regăsit de-abia de curând, i se dăduse o sentință la moarte, exact în punctul când tu absorbeai toate calitățile care îți lipsiseră o viață întreagă. Ar trebui să comentez mai pe larg asupra ramificațiilor deciziei lui pentru mine, mai târziu în acest capitol. Pentru moment, voi spune doar că eram nervos și întristat, dar că am îngropat trauma. Dat fiind că încă mai aveam doi ani, am decis să folosesc timpul pe cât de mult puteam. Realitățile existențiale ale morții și ale sfârșiturilor inevitabile ale vieții au devenit parte din terapia mea cu el, începând din acel moment.

Într-o zi s-a îmbolnăvit și a trebuit să îmi anuleze ședința. În mare parte din cauza unei erori din partea lui, mesajul nu a ajuns la mine și am făcut o oră și jumate pe drum până la Santa Rosa, *aparent* degeaba. Îmi părea rău pentru Jim pentru că era bolnav, dar eram și foarte nervos fiindcă îmi pierduse din vedere nevoile. „Cred că ai o rezistență la a fi prezent pe de-a-ntregul cu mine", m-am plâns eu la începutul următoarei ședințe. Răspunsul lui Jim m-a transpus într-o dimensiune de profunzime și înțeles care a părut complet supranaturală. Și-a închis ochii, a rămas tăcut timp de câteva momente, s-a întors înspre mine și a spus încet, plin de sentimente:

— Ai dreptate. Am fost prins în problemele mele... sfârșitul prieteniei mele cu Al... sfârșitul practicii mele private... apropierea de sfârșitul vieții mele...

Atunci când a spus aceasta a fost ca și când podeaua de dedesubtul nostru s-a deschis, iar Jim și cu mine am plonjat împreună într-o fântână

care s-a deschis într-o vastă odaie subterană. Eram pe pământ sfânt și o *știam.*

— Te gândești mult la moarte, Jim?

— Un pic, Bryan.

— Ți-e frică de ea?

Din nou, tăcere... în timp ce Jim și-a făcut drum mai departe în jos în acea odaie misterioasă, eu urmându-l.

— Nu, nu neapărat. Nu îmi mai e. Sunt obișnuit să îmi fie teamă. Acum sunt mai mult curios, foarte curios.

Și am știut că acesta era adevărul său pentru că pentru mine energia din acea cameră era încărcată pozitiv.

Acesta nu a fost doar momentul decisiv în descoperirea mea a artei căutării interioare, dar și unul dintre momentele cele mai tămăduitoare ale terapiei mele. Nici un bărbat mai în vârstă, nici o figură paternă nu îmi oferise vreodată acest dar al sinelui. M-am simțit onorat atunci când s-a deschis pe sine și mi-a arătat ceea ce reprezenta adevărul lui. M-am simțit mândru că acest bărbat pe care l-am iubit și admirat m-a dus în lumea lui personală. M-am simțit, de asemenea, împlinit în propria ființă. Am simțit că eram destul de mare pentru a îl primi pe el în greutatea lui și în profunzime. Aceasta nu a constituit o experiență grandioasă și în urma căreia să mă umflu în pene. M-am simțit solid și real. Poate pentru prima dată picioarele îmi erau sub mine, pe pământ, și rădăcinile în pământ. Acest eveniment m-a ajutat și să mă simt mult mai în siguranță atunci când accesez și împărtășesc ceea ce găsesc în mine. Atunci când Jim a căutat în propria subiectivitate motivele pentru care a dat uitării ședința mea, s-a deschis și s-a dat pe sine mie, și eu m-am simțit pregătit să mă ofer lui Jim.

Sinele

Din acel moment când m-am cufundat, mi-am relaxat persoana socială, mi-am contemplat problemele și am dezvăluit ceea ce am găsit în conștiința mea. Cele mai însemnate probleme ale vieții mele — sentimentele mele de deficiență și frustrare ca psihoterapeut, relația mea turbulentă cu logodnica mea, conflictul meu dintre spiritualitate și lume, frica mea de moarte — literalmente au venit de-a dura.

Una dintre temele care mă preocupaseră cel mai mult era munca mea de psihoterapeut, despre care am vorbit adesea. Bugental a gestionat această problemă ca pe oricare alta. A devenit, simplu, punctul de

pornire al procesului de căutare. Pentru a ilustra: începeam ședința prin a descrie dificultățile pe care le întâmpinam în a tolera furia unei paciente; care de fapt mi-a amintit de o problemă similară pe care am simțit-o cu femeile în general. Atunci, îmi aminteam de un vis, să spunem, pe care îl avusesem și în care „temeliile mele erau mâncate de un rozător", fapt care mă făcea să mă întreb dacă pacienta mea îmi submina în vreun fel stima de sine! Mergând mai departe, aș fi putut spune: „Fir-ar să fie de stimă de sine. Sunt așa de cu susul în jos, atât de vulnerabil la ceea ce spun și simt ceilalți! Urăsc asta la mine! Mi-aș dori să pot fi eu însumi, cu toate calitățile și defectele și ca asta să fie în regulă". Toate acestea mă făceau să îmi dau seama mai departe „cât de mult îmi doream să am o stăpânire de sine pentru a rezista atacurilor de furie ale pacientei mele, fără să mă clintesc, fără să fug". Apoi puteam să mă gândesc la ceva legat de mama mea, care m-ar fi condus la descrierea relației mele cu logodnica mea, ca apoi să mă întorc la relația cu pacienta mea.

Uneori am tras de Bugental să mă sfătuiască în legătură cu pacienta mea, dar de obicei refuza, știind că aceasta ar fi făcut să deraieze procesul căutării. Îmi amintesc că odată chiar m-a întrebat de ce aveam nevoie ca el să își dea jos pălăria de terapeut și să devină consultantul meu. Acest fapt m-a făcut să descriu lipsa tatălui, ca și cum de aceea nu aș fi știut cum să gestionez părțile din mama care mă înspăimântau.

Pe când eu vorbeam despre fiecare dintre grijile mele, Bugental asculta nu numai ceea ce spuneam, dar și sensurile implicite pe care le auzea printre rânduri. A acordat o atenție deosebită *procesului* — felurilor în care vorbeam, urgenței sau lipsei din acestea, stărilor mele schimbătoare, modurilor mele de a respira, nuanțelor mele de vitalitate și disforie, alegerii mele inconștiente a cuvintelor, actelor mele ratate freudiene. S-a folosit de toate acestea pentru a dezvălui structurile subiectivității mele — identitățile mele conștiente și inconștiente, pe care el le numea constructul meu de sine.

De exemplu, a confruntat în mod repetat presiunea pe care o puneam asupra mea în căutarea lăuntrică, inabilitatea mea de a fi pur și simplu un canal prin care conținutul conștiinței mele ar fi putut să se scurgă în afara mea în propriul fel autentic. Mi-a arătat acest lucru prin identificarea tendinței mele universale de a mă scinda într-un sclav care avea nevoie de imbold printr-un obiect intern dominator pe care îl numea stăpânul meu. Uneori mă identificam cu stăpânul care pedepsea, care cerea perfecțiune în arta căutării; alteori mă identificam cu sclavul anxios care nu putea să caute destul de în profunzime și destul de liber. Am

vorbit despre felurile în care stăpânul şi sclavul au replicat imaginea tatălui meu şi relaţia mea cu el.

În mod inevitabil, acest model a devenit vizibil şi în relaţia mea transferenţială cu Bugental. Mi-am proiectat stăpânul asupra lui, ca un bun student, forţându-mă să intru în contact cu conştiinţa mea interioară, din dorinţa de a-l mulţumi pe el şi, în sfârşit, pentru a putea primi acceptarea şi confirmarea lui. Atunci când nu mergea, percepţia mea asupra lui se preschimba în aceea a tatălui meu dezaprobator, care mi-a refuzat dragostea şi afirmarea de care aveam nevoie.

Am descoperit acelaşi complex în ceea ce priveşte relaţiile mele cu studenţii. Pe vremea aceea eram director clinic la o agenţie, responsabil cu formarea a 12 terapeuţi începători. Formau un grup solid. M-am simţit de multe ori copleşit de refuzul supunerii din partea lor cu privire la probleme de cadru psihoterapeutic obişnuite, cum ar fi setarea tarifului şi cerinţa pentru pacienţi de a-şi plăti orele anulate. Uneori mă simţeam ca un profesor sever, preocupat de disciplină, care trebuia să pună hăţurile pe un grup de adolescenţi înflăcăraţi şi impulsivi, iar alteori mă simţeam ca un copil criticat atunci când ei erau supăraţi pe mine din motivul că nu răspunsesem aşteptărilor lor.

Am realizat, de asemenea, că dimensiunile practicii mele de meditaţie erau similar motivate. Eram crescut romano-catolic şi mă gândisem că inclusiv convertirea mea la budism era motivată de puritatea unei năzuinţe spre adevăr, precum şi de o dorinţă de a mă simţi special şi de a compensa sentimentul deficienţei în spatele grandiozităţii. Am mai descoperit şi că practica de meditaţie era motivată de nevoia mea de a domoli judecata, renunţarea la Dumnezeu Tatăl, ca şi cum meditaţia m-ar transforma oarecum în fiul său perfect, în sfârşit, destul de demn pentru ca El să fie silit să-şi arate graţia.

O altă motivaţie a meditaţiei era de a-l seduce pe Dumnezeu ca autoritate puternică, spre a mă salva din moarte şi nesiguranţă. Aparent, sinelui meu copil inconştient îi intrase în cap că, dacă aş fi meditat, Dumnezeu s-ar fi coborât în ultimul moment, chiar înainte ca eu să mă desprind din lume spre abisul întunecat şi singur, ca să mă salveze chiar de moarte. Nu mai conta că Dumnezeu n-a ridicat nici măcar un deget pentru a-l salva pe Iisus când era pe cruce. Nu a întrebat chiar şi Iisus într-un sfârşit: „Doamne, pentru ce m-ai părăsit?". M-am simţit zdrobit şi umilit să descopăr că imaginea mea de Dumnezeu, complexul meu de tată, şi transferul meu asupra lui Bugental erau toate croite din acelaşi material. Am devenit din ce în ce mai conştient de cât de mic şi lipsit de substanţă m-am simţit sub toate acestea.

Procesul Eu-lui

Această procedură a expunerii și deconstruirii constructelor inconștiente ale sinelui meu și ale lumii mele a ajuns la un apogeu inevitabil, având în vedere că Bugental și cu mine ne-am concentrat pe paradigmele care subliniau spiritualitatea mea. Nu voi uita niciodată ședința în care am vorbit despre cum voiam eu ca misticul Hristos să se ridice din adâncimile inconștientului meu, să pună stăpânire pe mine din interior și să mă tragă în jos în adâncimile lui extraordinare. Jim s-a uitat la mine cu scepticism și a spus: „Bryan, asta este spiritualitatea secolului al XVI-lea!"

Eram șocat și furios. Pentru prima dată am crezut că Bugental a greșit. Pentru mine, aceasta era un eșec empatic, o încălcare a cadrului terapeutic și o eroare tehnică, toate într-una. Cu siguranță, am gândit eu, contratransferul lui era de vină. Bugental era un existențialist, nu un transpersonalist, și mi se părea că își reprima sublimul în propria viață, iar acum îmi spunea el mie că și eu reprimam sublimul în mine însumi. L-am acuzat de a nu fi fost capabil să se mute de pe niveluri de conștiință existențiale pe niveluri de conștiință transpersonale, să se mute din grija sa pentru moarte și finitudine către problema mea finală, reprezentată de iluminare și unitate cu Dumnezeu. Un analist jungian ar înțelege cu siguranță că năzuiam la Sinele arhetipal și m-ar fi ajutat să fi devenit conștient de prezența „lui", m-ar fi ajutat să îmi organizez viața în jurul „lui" — punctul central în jurul căruia se învârtește lumea, așa cum a formulat-o T.S. Elliot.

Bugental a insistat, în schimb nu s-a lăsat. „Acel punct central", a susținut el, „nu este o entitate în inconștientul tău, separată de tine. Punctul central al ființei și conștiința sunt cine și ceea ce ești tu". Părea aspru, chiar înspăimântător, pe când mă confrunta cu felul în care mi-am creat esența într-un „altul", felul în care mi-am reliefat purul subiect într-un obiect care să fie venerat, mai degrabă decât a-mi fi recunoscut esența ca o ființă pură și conștiința. „Misticul Hristos, ca arhetip jungian existând înăuntrul tău, este un *concept*", și a mers mai departe, „un alt obiect în conștiință. Este o imagine a realității, nu realitatea însăși".

Din acest moment, realitatea mea nu a mai fost aceeași. Bugental îmi leza astfel o primă structură a identității mele, un concept de bază al meu ca fiind mic și neimportant pe lângă Dumnezeu, ca total altul, devenind împreună perfecțiunea, singura sursă de grație. Cum această structură a început să se clatine, nu am mai simțit nici un punct central al ființei și conștiinței. M-am uitat în mine și am văzut un teribil nimic. Nu aveam un sine solid. Identitatea mea și identitățile celorlalți erau foarte relative;

gândurile și sentimentele mele erau ca modelele de vreme — vaporoase, schimbătoare și fluide.

Oroarea pe care am resimțit-o a venit din experiența mea directă că sinele cunoscut era pur și simplu inexistent ca tangibil și real. Identitatea mea de sine era construită din niveluri subtile de gânduri ce se iveau din urmele de memorie inconștientă, începând cu primele ore de viață. Aceste urme au devenit, gradual, pietrele de temelie ale suprastructurii identității mele. Am devenit identificat cu imaginile de sine ca stăpân, sclav, copilaș având nevoie de protecția unui Alt binefăcător total, căutător al lui Hristos mistic și oricare alte constructe, dintre care toate își aveau baza într-un sentiment de individualitate înrădăcinat în identificarea cu corpul meu fizic. Cu alte cuvinte, identitatea de sine este, în primul rând, un Eu al corpului, după cum a recunoscut-o însuși Freud. Identificarea mea ca un corp era fundația acestei întregi suprastructuri. Sub aceasta oricum prevala golul. Mi-am recunoscut esența ca nefiind nimic. Eu, ca „ceva", pur și simplu nu exista.

Am devenit agitat. Dacă nu sunt nici una dintre aceste identități, atunci „Cine sunt?" și „Cine este Celălalt?". Aceste întrebări mi-au invadat conștiința. Într-o zi, pe când îi descriam lui Jim cum mă simțeam condamnat la o nimicnicie eternă, mi-a spus: „Bryan, tu simți că nu ești nimic acum. Dar nu erai nimic nici înainte când te caracterizai ca ceva. Cum era atunci?"

Această întrebare a fost ca un koan Zen. În acel moment, mintea mea a părut că se oprește și am avut subtilul, dar extrem de puternic, sentiment că eu, în mod esențial nimic, a existat ca nimic, în afara timpului. Acest Eu, ca nimic, a fost martorul faraonilor din Egipt și al tuturor vremurilor trecute, prezente și viitoare. *Eu*-l fusese martorul tuturor acestor lucruri, nu ca o entitate individuală, ci ca o o prezență vie care a părut în mod simultan ființă/conștiință pură. Toate conținuturile păreau să se ivească din această vastă, știutoare, luminoasă ființă/conștiință. Mai mult decât a fi conștiința însăși, acest *Eu* nu avea nici o formă, greutate, culoare, substață, localizare. În acele momente am savurat liniște și pace, pe lângă sentimente de pură bucurie.

Această experiență a părut, de asemenea, să aline anxietatea mea cu privire la moarte. *Eu*-l pur părea să fie lipsit de moarte, prezent oriunde și oricând. Cicluri individuale circumscrise prin naștere și moarte păreau să se ivească în cadrul *Eu*-lui, dar *Eu*-l părea în tot acest timp transcendent acelor cicluri. În mod evident, nu aveam cunoștințe directe ale realității vieții de după moarte, dar aceasta și alte experiențe mi-au oferit o mai mare credință că ceva din ființa umană supraviețuiește morții și este etern.

Și misticii orientali descriu experiențe similare celor pe care le-am experimentat eu. De exemplu, Bassui, un maestru Zen din secolul al XIV-lea, a spus: „Esența Minții tale nu este subiect al nașterii sau morții" (citat din Kapleau, 1967, p. 173). Impresia mea era că eu, ca prezență vie, transcendeam nașterea și moartea. Nu există moarte pentru că adevăratul *Eu* nu se naște niciodată. Rămâne complet în afara timpului. Manifestarea prin timp se desfășoară în cadrul procesului Eu-lui, aproape așa cum apar și dispar și schimbările de vreme în ciuda cerului senin. Astfel, eu, ca o prezență vie și conștiință, se putea spune că exist în același timp cu faraonii egipteni, nu ca o formă individuală, ci ca un martor stăruitor.

În mod similar, înțeleptul hindus Ramana Maharshi (1959, p. 30) a scris:

> Pentru că sinele individual [sau constructul de sine], care nu este nimic altceva decât mintea, a pierdut cunoașterea identității sale cu adevăratul Sine [sau procesul Eu-lui] și s-a prins în robie, căutarea sa a Sinelui, prima sa natură eternă proprie, se aseamănă cu cea a ciobanului căutând un miel pe care tot timpul îl cară în spate. În timpul acestor momente am realizat adevăratul Eu nu în sensul atingerii a ceva nou, ci pur și simplu în a fi ceea ce sunt întotdeauna și am fost întotdeauna, dar nu am știut-o, pentru că adevăratul Eu era umbrit de conținutul sinelui. Acum, după ce am transcens temporar sinele, Eul a ieșit la iveală clar și strălucitor, deși fusese acolo tot timpul. „Apa mlăștinoasă lăsată la stătut devine limpede" este modul în care înțeleptul chinez Lao Tse a formulat acest lucru. Constructul de sine este nămolul din apa Eu-lui, conștiință pură. Atunci când nămolul se așază, apa devine limpede, dar apa a fost dintotdeauna acolo. Aceasta îmi reamintește de ceva, un maestru de meditație mi-a spus odată: „Mintea ta se va relaxa treptat în iluminare". Pentru câteva scurte, sclipitoare momente, atunci, m-am simțit eliberat de sinele meu limitat și am înțeles o zicală atribuită lui Abu Sa'id, un mistic sufist din secolul al IV-lea: „În această robă nu există decât Dumnezeu" (citat în Vaughan-Lee, 1995, p. 204).

Cum vindecă psihoterapia: ce am învățat din perspectiva existențial-umanistă

S-a spus că psihoterapeuții în formare învață cum să practice psihoterapia mai mult din faptul de a beneficia de propria terapie decât din cărți și facultăți! Acest lucru a fost cu siguranță adevărat pentru mine.

Munca mea actuală de psihoterapeut are ca baze anumite postulate pe care le-am învățat de la Bugental. În anii următori am făcut un studiu al psihologiei de sine psihanalitice și a psihologiei junghiene care oferă îndrumări importante. Totuși, cred că de-abia acum am închis cercul complet, iar următoarele puncte rămân în permanență baza întregii mele munci.

1. Centralitatea căutării interioare.
2. Prezența terapeutului și grija acestuia ca fiind centrale în facilitarea căutării interioare.
3. Transferurile cu obiect de sine, care servesc ca fond al procesului de căutare.
4. Importanța distingerii între Eu, care este ființă și conștiință pură, și sine, care este o construcție a identității mai degrabă decât un dat constituțional.

În primul rând, drumul meu în psihoterapia existențial-umanistă m-a învățat să privesc căutarea interioară ca fiind centrală în modul în care vindecă psihoterapia. Abordarea psihanalitică clasică este excesiv mentală și separată de ceea ce se întâmplă în subiectivitatea pacientului în momentul respectiv. Ceea ce se întâmplă cu adevărat în cabinetul terapeutului și ceea ce este cel mai direct (aproape tangibil) disponibil lucrului este momentul trăit în prezent, ființa pacientului și a terapeutului în acel *acum*. Aceasta înseamnă că toată devenirea conștiinței pacientului, în special pe când se declanșează în experiența somatică și afectivă și în sentimentul autentic al grijii pacientului pentru viața lui sau a ei, constituie nucleul principal al situației terapeutice. Subiectivitatea terapeutului este și ea concentrată pe ușurarea dezvăluirii din căutarea interioară a pacientului.

Faptul de a-i ajuta pe pacienții mei formează o relație cu profunzimile propriei subiectivități și rămâne miezul muncii mele. Încerc să îi ajut pe pacienții mei, le ascult în profunzime conștiința extinsă și tot ceea ce este prezent în ei. Contribui prin cufundarea mea în curgerea asociațiilor lor și amplificând-o când o percep ca „ascendentă" în experiența lor, atunci când ei au nevoie ca eu să fac acest lucru. Astfel, pacienții descoperă ceea ce este dedesubtul gândurilor lor de suprafață și reacțiilor emoționale și aduc în conștient ceea ce este implicit și simțit în adâncuri, dar neclar.

Prezența fizică și psihologică și capacitatea de răspuns ale terapeutului sunt, cu siguranță, de bază în crearea mediului terapeutic care facilitează procesul căutării. Cu un terapeut cu care te simți în siguranță și conținut, căutarea interioară se dezvăluie cu mai mare libertate și

ușurință; fără prezența terapeutului, căutarea este dificilă, dacă nu imposibilă.

Prezența a fost prima calitate majoră de a fi pe care Bugental a modelat-o. De exemplu, nimeni dintre cei cu care am lucrat de atunci nu a fost mai empatic și mai „aproape de experiență" decât el. L-am simțit de multe ori pe el înăuntrul meu, cufundat în subiectivitatea mea împreună cu mine, pe când ne scurgeam împreună pe cursul râului conștiinței mele, ca niște Lewis și Clark într-o călătorie de descoperire a teritoriilor neexplorate din psihicul meu. În această expediție, el era de obicei tăcut, niciodată intruziv. Era potent însă din punct de vedere energetic, fie ca un timonier atunci când aveam nevoie de ajutor, fie ca o proptea, prezență observatoare, atunci când nu aveam nevoie. Atunci când vorbea, o făcea adeseori dat fiind că ajungeam să fiu prins în niște modele de gândire repetitive sau pentru că voia să ilumineze ceva care se lupta să se manifeste dinăuntrul meu, ce nu puteam să realizez pe cont propriu, ori să pună întrebări care să mă cufunde mai adânc în subiectivitatea mea.

Există două aspecte legate de prezența lui Bugental care mi-au atras mie atenția. În primul rând, a stabilit limite foarte clare, ceea ce a reprezentat un cadru sigur pentru a căuta în mine. Unul dintre cele mai dificile aspecte ale faptului de a fi în terapie la el era poziția sa centrală în cadrul unei comunități mici de profesioniști care formau și consultau și care, în câteva momente, chiar i-au solicitat terapie. Deși păstra cu strictețe confidențialitatea, m-am simțit jenat în câteva ocazii să-mi întâlnesc colegi care au trecut pe lângă mine pe hol atunci când veneam sau plecam de la ședințe. Îmi amintesc de o conversație pe care am avut-o cu el și în care m-am plâns de sentimentul de a fi expus. Nu era nimic de făcut, cu excepția faptului de a aranja astfel încât să ajung la ședințe punctual și astfel să evit întâlnirea cu persoanele pe care le cunoșteam. Dat fiind că eram parte a acestei mici comunități, oricum, mi-a recomandat să nu împărtășesc ședințele de terapie cu membrii comunității noastre și, în cazul în care doream să discut ceva, să o fac numai cu persoane în care aveam încredere, din afara grupului nostru.

O altă calitate care m-a ajutat să mă simt în siguranță a fost dorința sa de a-și dezvălui propria subiectivitate atunci când părea relevantă pentru munca noastră, ca atunci când mi-a împărtășit sentimentele lui privitoare la moartea prietenului său. Acesta a constituit un aspect atât de important al modului în care terapia a vindecat încât mi-am propus să citesc tot ce puteam despre dezvăluirile terapeutului. Mulți ani am crezut că trebuia să cunosc conștient structurile subiectivității pacientului,

în care pacientul urma să absoarbă ceea ce dezvăluiam eu și faptul că eu o dezvăluiam. Apoi m-am gândit că aș fi putut face o alegere *conștientă* ca să fiu sigur că dezvăluirea mea va antrena individuația pacientului în loc să o deraieze. Acum acest proces se întâmplă intuitiv în mine, dincolo de pragul conștiinței mele conștiente. În general, nu mă dezvălui foarte frecvent, dar când o fac este direct relevantă căutării pacientului și adesea se dovedește a fi semnificativă. Acest lucru este în mod clar ceva ce am învățat de la Bugental și mi-a servit foarte bine peste ani.

Îmi mai vine în minte încă ceva legat de prezența lui Bugental. Atunci când eram în terapie la el, m-am simțit extrem de încrezător în ceea ce privește munca mea ca terapeut. La începutul formării și în primii ani de carieră profesională, majoritatea terapeuților începători se luptă cu anxietăți accentuate. Sunt, de obicei, îngrijorați că nu au pacienți, și, o dată ce îi au, le este frică să nu îi piardă. Aceasta face ca legătura cu pacienții să fie dificilă, și nu cum o cere situația. Din cauza anxietății lor, proaspeții terapeuți pot fi prea drăguți și prea înțelegători sau se pot simți nesiguri atunci când trebuie să țină frâiele, dacă este nevoie. În schimb, în timp ce eram în terapie la Bugental, mă simțeam sigur pe mine. Nu aveam nici o problemă în a stabili tarife, să cer viitorilor pacienți să vină de două ori pe săptămână, să insist ca ei să își ia în serios terapia și să-i confrunt atunci când era necesar. Este adevărat că aveam măreția mea defensivă, dar aceasta era doar de suprafață. Nu, privind în retrospectivă cred că împrumutam stabilitatea și calmul lui Bugental, maniera sa nonanxioasă, puterea sa și le încorporam în mine. A fost dureros de evident, după ce terapia mea a luat sfârșit, că aceste calități nu îmi aparțineau mie cu adevărat.

De-a lungul coborâșurilor și urcușurilor prezente în dezvăluirea sinelor mele și în descoperirea prezenței vii a procesului Eu-lui, Bugental a rămas un punct central în universul meu emoțional haotic — constant, stabil și calm. Stabilitatea lui mi-a dat posibilitatea să îmi relaxez apărările și să fac coborârea în nimicnicia larg deschisă unde m-am găsit pe mine. Era acolo atunci când aveam nevoie de el.

Astăzi, după ce m-am cufundat în psihologia de sine psihanalitică, înțeleg că dezvoltasem un „transfer al idealizării obiectului Sinelui" cu terapeutul meu. Nevoile mele de dezvoltare arhaice din copilărie au fost reactivate, iar Bugental a răspuns în mod optim acelor nevoi, dând astfel ocazia proceselor de individuație deviate să intre pe cursul normal. Bugental a fost cel care mi-a identificat structura stăpân-sclav și a elucidat funcționarea acestora în gândirea mea, relațiile mele și transferul meu asupra lui. Cred că aceasta a aplanat parte din dimensiunea repetitivă

a transferului. Oricum, în fundal, un transfer al idealizării obiectului sinelui a funcționat.

Ceea ce este important este ca terapeutul să fie disponibil pentru atât de mult cât durează pentru pacient să idealizeze, să devoreze și să metabolizeze terapeutul. Așa cum am mai spus, psihoterapia mea cu Bugental s-a terminat prematur. Bugental încetase să mai ia pacienți noi pe permen lung, cu doi ani înainte, iar atunci, la 68 de ani, își încheia practica și se concentra doar pe scris și pe consultații. Ca urmare, terapia mea nu a avut un sfârșit firesc. Nu am ales să termin terapia. Șapte sau opt luni după ce am gustat viața pură a *Eu*-lui, el și-a închis cabinetul. Treptat, am realizat cât de abandonat m-am simțit și cât de traumatic a fost acest sfârșit prematur.

Atunci când terapia mea s-a terminat, acest transfer a rămas nerezolvat și nu a avut loc o restructurare a sinelui pe linie pozitivă. Mai mult decât atât, nici nu puteam să-i spun despre sentimentele mele de abandon, pentru că idealizarea mea se menținea. Nu puteam să concep să-i aduc cumva la cunoștință sentimentele mele cum că m-a părăsit. Acest lucru era important pentru că însemna că o parte majoră a complexului meu de tată, referitoare la abandon, nu fusese rezolvată și transferul idealizării nu fusese depășit.

La un an după ce s-a terminat terapia, m-am recăsătorit, și astfel capacitatea mea pentru relații interpersonale s-a îmbunătățit semnificativ. Cu toate acestea, Bugental mă expusese realității relative a sinelui și mă deschisese procesului Eu-lui. Aceasta a satisfăcut multe dorințe arzătoare spirituale și m-a ajutat să fac față anxietăților legate de moarte, dar eram lăsat la granița dintre golul *Eu*-lui pur și forma sinelui. Doar când eram ferm implicat în analiza jungiană, am început să mă reașez, să simt echilibru în lume și să trăiesc în același timp și ca sine, și ca *Eu* pur.

În acel moment am descoperit că nesiguranța mea ontologică este insecuritatea intrinsecă a sinelui atunci când simte, separat și discociat de sursa sa, procesul Eu-lui. Doar întrezărisem *Eul* pur; nu îmi găsisem rezidență permanentă acolo și, cu siguranță, nu aveam nici o idee despre cum să fiu gol intrinsec și în lume ca individ, în același timp. Am învățat că vindecarea acestei disocieri fundamentale în psihicul uman cere psihoterapie intensă, cu o durată de ceva ani, precum și o practică a meditației pe o durată îndelungată.

Sunt sigur că terapia mea ar fi continuat cel puțin câțiva ani, dacă Bugental ar fi rămas în practica privată. Sunt, de asemenea, convins că mi-aș fi maturizat nevoia de el și că aș fi găsit propria sursă interioară

de putere și înțelepciune, în aceeași măsură în care mi-am permis mie să o am pe a lui. Așa cum a fost, sfârșitul nostru a fost traumatic și am început să caut un alt terapeut la câteva luni după ultima ședință cu el. Această căutare a fost dureroasă și dezamăgitoare, pentru că nici un terapeut nu era Bugental.

Mi-a luat mulți ani ca să procesez acest sfârșit, să-l internalizez și să integrez imaginea lui Bugental. Mi-a trebuit mult timp și cu ajutorul unor analiști junghieni care să mă îndrume să îl metabolizez și să încep să practic psihoterapia în feluri care să-mi pară creative și autentice și care să nu fie numai copii ale lui. Nu îl mai copiez, așa cum făceam odată, acum îmi ofer propriile experiențe de viață și pe mine însumi. Totuși, uneori mi-l imaginez pe el așezat lângă mine atunci când stau lângă canapea ascultându-i pe pacienții mei. Atunci însă îmi imaginez și prezențele analiștilor mei junghieni și ale consultanților de caz. Uneori mă gândesc că un consiliu de strămoși mă înconjoară și ghidează cariera colegului lor mai tânăr.

Chiar după ceva ani de analiză jungiană, privesc oricum acei trei ani când am stat întins pe canapeaua lui Bugental și când am fost angajat în procesul de căutare ca experiențe hotărâtoare în dezvoltarea mea personală și profesională. Nu pot decât să leg tot ceea ce am învățat despre cum vindecă psihoterapia de acei ani de terapie cu Bugental, pentru a mă conecta la curentul continuu de subiectivitate și a elibera conștiința și viața pură a *Eu*-lui de constructul de sine.

Această emancipare a *Eu*-lui pur a fost profund vindecătoare. Peste ani, ceea ce am învățat din acele experiențe a fost că acele concepte de sine ale mele sunt complet arbitrare și sunt bazate nu pe realitatea de aici și acum, ci pe urme de memorie care sunt formate din primele momente de viață. Treptat, aceste urme de memorie fuzionează în reprezentări de sine și de obiect, ceea ce ne formează și ne organizează perspectiva asupra lumii și asupra nouă înșine. Identitățile noastre cunoscute sunt astfel doar fantome. Ele acționează ca grilaje prin care vedem lumea și pe noi înșine în acea lume.

Această realizare a generat un sentiment de extremă libertate. A mai avut ca rezultat și o impresie convingătoare că îmi recreez lumea ca nouă, din moment în moment, și că pot alege să o văd prin grila Eu-lui meu sau direct cu ochii mei. Astfel, percepțiile mele au devenit mai directe și mai puțin născocite și au părut să conceapă realitatea în sine mai degrabă decât realitatea percepută printr-un grilaj al Eu-lui.

Dintre toate lucrurile remarcabile pe care le-am învățat în psihoterapia existențial-umanistă, aceasta este parte a moștenirii care-mi rămâne mie:

esența acestei munci și temeliile mele — sinele, aparent necesar nouă pentru a ne învârti prin viață, este o construcție a conștiinței, și în nici un caz esența noastră. Există o putere în noi, care este exact inima ființei umane. Este ceva care nu există în sensul obișnuit, nu este deloc un lucru obiectiv; totuși, acest adevărat *Eu*, subiectul pur, viața pură, este sursa incomprehensibilă a tuturor posibilităților umane.

Bibliografie:

Atwood, G.E. și Stolorow, R.D., *Faces in a cloud: Intersubjectivity in Personality Theory*, Aronson, Northvale, New Jersey, 1993

Bugental, J.F.T, *Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach*, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, 1978

Bugental, J.F.T, *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy*, Irvington, New York, 1981

Bugental, J.F.T, *The art of the psychotherapist*, Norton, New York, 1987

Kapleau, P., *The three pillars of Zen*, Beacon Press, Boston, 1967

Ramana Maharshi, *The collected works of Ramana Maharshi*, A. Osborne (ed.), Rider, Londra, 1959

Vaughan-Lee, L. (ed.), *Travelling the path of love: Sayings of Sufi masters*, Golden Sufi Center, Inverness, California

Yalom, I., *Existential psychotherapy*, Basic Books, New York, 1980

Capitolul 11

Rolul terapiei individuale și maritale în dezvoltarea mea

de Clara E. Hill

Unul dintre scopurile mele majore în viață a fost să mă înțeleg pe mine însămi, cine sunt și înspre ce mă îndrept. Sunt de acord cu Socrate, cum că viața neexaminată nu merită trăită. M-am angajat așadar în multe eforturi de a mă înțelege pe mine, familia mea și pe aproape fiecare persoană cu care intru în contact. Deși mă simt agitată atunci când vine vorba să mă dezvălui în astfel de discuții publice, am decis să fac acest lucru pentru că sper că faptul de a-mi face auzite experiențele poate să ajute alți oameni în calea lor către înțelegerea de sine. Mai întâi voi descrie câteva experiențe nonterapeutice care mi-au influențat dezvoltarea, pentru a oferi contextul general, după care voi discuta despre efectele terapiei individuale și maritale de lungă durată în dezvoltarea mea.

Dragostea mea pentru introspecție mi-a fost cultivată probabil în familie, în sensul în care toți am încercat să ne înțelegem pe noi înșine și totodată unul pe altul. Din nefericire, aceste încercări de a ne înțelege pe noi înșine și pe alții nu s-au transpus în comunicare, ci mai degrabă au luat o formă verbală (critică) despre alți membri ai familiei, atunci când aceștia nu erau prezenți. Mai mult decât atât, valurile familiei nu erau îndreptate înspre căutarea de terapie în vederea rezolvării problemelor, ci înspre Dumnezeu și o mâncare sănătoasă, ca răspuns la toate problemele.

Religia a avut o influență puternică în copilăria mea. Tatăl meu se formase pentru a fi preot baptist, iar părinții mei erau creștini devotați. Potrivit părinților mei, exista un singur drum adevărat, iar răspunsurile erau toate scrise în Biblie. Erau multe lucruri pe care nu puteam să le facem (să dansăm, să fumăm, să bem, să jucăm cărți, să facem sex premarital). Eram încurajați să fim diferiți de ceilalți și să ne dedicăm

viețile lui Dumnezeu. Deși Biserica ne-a învățat să nu gândim pentru noi, părinții ne-au învățat să citim și să gândim pentru noi, lucru pe care l-au regretat mai târziu, atunci când surorile mele și cu mine ne-am îndepărtat toate de Biserică. M-am deziluzionat în timpul liceului, atunci când disputele dintre membrii Bisericii au cauzat dezbinarea și când tatăl meu nu a reușit să îmi ofere răspunsuri convingătoare la îndoielile mele. Am rămas prudentă și suspicioasă când oamenii încercau să îmi ceară să devin o credincioasă adevărată și își foloseau farmecul personal pentru a mă influența din punct de vedere emoțional și a mă converti, așa cum se întâmpla în Biserica Baptistă.

Atunci când aveam 19 ani și eram studentă în anul al II-lea la Southern Illinois University, m-am dus la centrul de consiliere al universității pentru că eram deprimată, dat fiind că suferisem importul tranziției spre o comunitate universitară largă, venind dintr-un cămin restrictiv, religios; pentru că nu reușeam să îmi aleg o specializare și pentru că nu știam cine eram sau cine voiam să fiu. Nu știam cum să cer ajutor în problemele mele existențiale, așa că am cerut ajutor în privința problemelor mele vocaționale. Consiliera nu a fost empatică; nu mi-a pus întrebări despre mine, ci doar m-a programat pentru un test vocațional. Nu m-am întors niciodată să dau acel test. Și acum mă enervez când mă gândesc cât de mult aveam atunci nevoie de ajutor, fără să-l primesc. Îmi amintesc un comentariu pe care un administrator din centrul de consiliere l-a făcut mai târziu, și anume că nu era nevoie să facă mai mult pentru a încuraja studenții să se folosească de facilitățile de consiliere, pentru că și așa listele de așteptare erau prea lungi. Experiența mea mi-a stârnit interesul spre ceea ce îi reține pe oameni din a căuta ajutor și chiar mi-am conceput lucrarea de diplomă pe această temă. Rămân însă cu o convingere, anume că trebuie să ne dăm mai mult silința pentru a îi învăța pe terapeuți să recunoască problemele nerostite ale clienților și că trebuie să întreprindem mai mult pentru a face terapia mai accesibilă oamenilor.

Mi-a plăcut cursul de introducere în psihologie și nu mi-a plăcut nici o altă specializare, așadar am decis să mă specializez în psihologie. După ce am lucrat o vară la un spital de boli mintale, mi-am dat seama că vreau să lucrez cu oameni „sănătoși". Așa că am început școala de studii postuniversitare în psihologia consilierii, în 1970, la Southern Illinois University. Era în toiul protestelor studenților privind Vietnamul și la începuturile mișcării feministe. Era foarte incitant să fii pe vremea aceea la studii postuniversitare, dat fiind câte se întâmplau pe plan cultural. Programul de consiliere psihologică la Southern Illinois University era un loc minunat în care te puteai afla pentru că facultatea era foarte

centrată pe client, ne trata ca pe niște colegi, ne permitea să schimbăm programa analitică și întărea specializarea prin educație.

O foarte importantă influență asupra mea a avut-o întâlnirea cu viitorul meu soț, James Gormally, în timpul studiilor postuniversitare. Eram doi dintre cei patru studenți admiși la programul postuniversitar din anul 1970 și singurii care au absolvit. Jim a fost cel mai bun prieten al meu de când ne-am cunoscut și una dintre cele mai importante influențe pozitive din viața mea. Este blând și se poate vorbi cu ușurință cu el despre orice. Faptul de a fi în aceeași profesie și de a învăța cum să facem terapie ne-a oferit abilitățile necesare de a ne asculta unul pe celălalt și de a face față problemelor.

Un impact profund pe care studiile postuniversitare l-au avut asupra mea, personal și profesional, a fost învățarea abilităților de ajutorare (cum ar fi reflectarea sentimentelor, interpretarea). Fusesem întotdeauna o persoană care ascultă, dar m-am folosit de ascultare în primul rând ca apărare împotriva relatărilor despre mine. Faptul de a fi învățat abilități de ajutorare m-a deschis în a folosi acele abilități de ascultare ca un prim pas în a fi empatică și a-mi păsa de ceilalți. Aceste abilități mi-au dat și încrederea în a ști ce să fac cu clienții mei. Fundamentul teoretic pentru abilitățile de ajutorare a fost teoria centrată pe client, care se potrivea valorilor mele umaniste. Nu eram însă atrasă de calitatea dogmatică a abordării abilităților de ajutorare, așa cum am învățat-o. Eram învățați că exista un anumit mod de a face terapie (de pildă că o declarație empatică era o reflectare de sentimente, că ar trebui folosite 12 reflectări înainte de a trece la o interpretare, că, dacă starea clienților nu se îmbunătățește, este în totalitate din vina terapeutului). Am reacționat puternic împotriva faptului că mi se spunea că exista doar un singur mod corect de a face terapie, mai ales dată fiind fragilitatea dovezilor empirice ale acestor aserțiuni. Ni se cerea să credem ceea ce ni se preda, fără a ne pune întrebări. Aceste cerințe de loialitate erau prea asemănătoare cerințelor Bisericii Baptiste de a crede fără a cerceta. În ciuda dogmatismului abordării, am fost în stare să iau lucrurile bune din experiența de a fi învățat abilitățile de ajutorare. De fapt, mi-am petrecut mult din cariera de cercetare testând efectele tehnicilor terapeutice și am revenit de curând la revizuirea abilităților de ajutorare în ceea ce consider eu a fi o abordare mai flexibilă, cu conținut teoretic și bazată empiric (Hill, 2004; Hill și O'Brien, 1999).

Am fost influențată, în timpul studiilor postuniversitare, de teoria behavioristă. Am avut un profesor foarte bun, care era foarte dedicat și priceput în a ne demonstra tehnicile behavioriste. După ce am terminat

studiile postuniversitare, am fost influenţată şi de teoriile psihodinamice. Mai mult decât atât, faptul de a preda diferitele abordări m-a forţat să evaluez caracteristicile pozitive ale fiecăreia în parte. De fapt, este clar pentru mine că o abordare integrativă are cel mai mare sens.

În timpul studiilor postuniversitare am fost influenţată şi de conducerea de cercetare. Era distractiv şi îmi făcea plăcere să accept provocarea de a mă gândi la diferite idei, pentru ca apoi să găsesc o modalitate de a le testa. Îmi plăcea, de asemenea, ideea că terapia implică o abordare ştiinţifică personală, în care terapeutul încearcă întotdeauna să fie conştient de cum răspunde clientul şi de ceea ce funcţionează.

Am avut cu siguranţă parte, în mare măsură, de supervizarea necesară încă din timpul studiilor postuniversitare şi m-a ajutat mult să câştig încredere în abilităţile mele terapeutice. Dar nu am amintiri specifice ale vreunei experienţe de supervizare care să mă fi influenţat în vreun fel în dezvoltarea mea. Am amintiri specifice despre ajutorul supervizării din timpul formării practice, pentru că supervizorul meu m-a încurajat să devin mai spontană şi să încerc un număr de tehnici diferite. Încurajarea lui m-a deschis spre a avea o mai mare încredere în intuiţia mea ca terapeut.

O altă influenţă importantă în dezvoltarea mea au avut-o grupurile de întâlnire, care erau foarte populare la vremea aceea când eu eram la studii postuniversitare. Grupurile de întâlnire erau folosite ca mod de a-i ajuta pe oameni să înveţe cum sunt percepuţi de ceilalţi. Primul nostru curs de an de consiliere şi de psihologie clinică pentru studenţii deja absolvenţi de facultate a format un grup de întâlnire fără un conducător de grup. Îmi amintesc că iniţial eram îngrozită şi că stăteam ca o statuie îngheţată, fără să scot o vorbă. Din fericire, colegii mei de grupă m-au abordat cu blândeţe şi am început să mă deschid cât de cât. Mi-am dat seama că nu eram singura care avea probleme, chiar dacă ceilalţi studenţi păreau ceva mai adunaţi decât mine. În timpul studiilor postuniversitare am condus câteva grupuri de întâlnire cu studenţi şi am luat parte la câteva dintre ele. Aceste grupuri de întâlnire erau extrem de benefice, furnizându-mi un feedback despre cum mă descurc şi instruindu-mă asupra procesului grupului.

Mi-am luat doctoratul în consiliere psihologică, m-am măritat, am început ca asistent universitar în programul de consiliere psihologică în Departamentul de Psihologie din University of Maryland şi am început să am o practică privată de mică amploare în 1974. Aceasta a fost o perioadă plină de tranziţii, mai ales în sensul maturizării.

Mi-am continuat încercările de creştere personală. Făceam parte dintr-un grup de ridicare a conştiinţei femeilor, pe care l-am frecventat

săptămânal, timp de câțiva ani după terminarea studiilor postuniversitare. Mare parte a membrilor grupului erau terapeuți proaspăt căsătoriți, care se pregăteau să aibă copii, așadar se discuta despre căsătorie și tranziția la a deveni părinte. Am rămas prieteni apropiați cu două dintre cupluri, care ne-au devenit mai familiare. De curând chiar, ne-am întâlnit din nou pentru câteva ședințe în care am discutat despre tranzițiile legate de faptul de a ne lăsa copiii acasă, în timp ce ne-am gândit la următorii pași de urmat în carieră.

Am fost implicată și în două grupuri de supervizare, pentru câțiva ani, la începutul carierei mele, cu doi supervizori diferiți. Experiența cu unul dintre supervizori, o persoană bine cunoscută, agresivă, dogmatică, un barbat conflictual, a fost una negativă. Îmi amintesc cum am bufnit în lacrimi de câteva ori când m-a confruntat într-un mod extrem de crud; era un om căruia îi lipseau empatia și înțelegerea. Celălalt supervizor (o femeie) a fost mai benign, dar nu într-o manieră memorabilă.

Terapia individuală

Am decis să îmi încep terapia individuală în 1975, după ce m-am căsătorit și mi-am început lucrul la University of Maryland. Nu îmi aduc aminte imboldul inițial de a căuta terapie, dar probabil că a avut, în parte, de-a face cu anxietatea mea universală, dificultatea de a îmi păstra o identitate separată, nemulțumirile legate de serviciu, problemele de control al greutății și disputele constante cu mama mea. În retrospectivă, are sens faptul de a fi căutat terapie în acel moment al vieții mele. Mai devreme în viață, cred că eram prea vulnerabilă pentru a fi fost capabilă să tolerez terapia. În acest moment însă dobândisem ceva încredere în mine atât din punct de vedere personal (eram într-o relație cu un om extraordinar), cât și profesional (îmi terminasem doctoratul și îmi asigurasem o poziție profesională foarte bună).

Îmi doream terapie individuală mai degrabă decât terapie de grup. Îmi doream un terapeut doar pentru mine. Fusesem cea mai mică dintre cei patru copii dintr-o familie în care bunătățile emoționale erau limitate și nu doream să îmi împart terapeutul cu altcineva. Îmi doream să găsesc o femeie psiholog, cu experiență, care să fie relativ apropiată de mine în termeni de vârstă și loc, care să aibă o orientare umanistă și care să fie blândă și cu o puternică pătrundere psihologică. Voiam să merg la un terapeut care să nu fie dogmatic și care să nu creadă că are răspunsurile corecte, dar care să mă asculte și să mă ajute să cresc. Era, de

asemenea, important pentru mine ca terapeutul meu să nu-i fie terapeut nici unei alte persoane pe care o cunoșteam și nici nu voiam să merg la un terapeut pe care colegii mei îl știau. Cunoșteam o seamă de persoane care mergeau cu toate la același terapeut, dar eu nu voiam sub nici o formă tipul acela de comunitate incestuoasă. Voiam pe cineva doar pentru mine. În sfârșit, îmi doream terapie de lungă durată, pentru că știam că era nevoie de ceva timp pentru a trece prin problemele mele. Este important de notat și că terapia profundă, de lungă durată, era un fel de normă la acea vreme, mai ales pentru terapeuți.

Bineînțeles că asemenea cerințe au făcut situația de a găsi un terapeut destul de dificilă, pentru că nu puteam să mă bazez pe recomandări. Din fericire am găsit o listă de terapeuți pe care o alcătuise grupul lui Ralph Nader. (N-am mai văzut o astfel de listă de atunci.) Pe acea listă am găsit-o pe dr. Rona Eisner, un psiholog clinic care îndeplinea toate criteriile mele. Chiar și mai important decât atât, mi-a plăcut de Rona atunci când am întâlnit-o. Nu am ales-o pe Rona pentru reputația ei (care era una considerabilă), ci mai degrabă pentru că mă simțeam confortabil cu ea. În retrospectivă, probabil că nu m-aș fi simțit confortabil să întrerup tratamentul în cazul în care nu aș fi plăcut-o (ea era totuși singura terapeută pe care o sunasem). Drept urmare, pot spune că eram norocoasă pentru că ea era extraordinară, dat fiind și modul mai degrabă impersonal în care o alesesem. M-am văzut cu Rona, cu întreruperi cu tot, pentru terapie individuală, timp de 28 de ani, în total 580 de ședințe.

Ar trebui să specific că am contactat-o pe Rona atunci când mi s-a cerut inițial să scriu acest capitol. Ea a citit o variantă neterminată a capitolului, mi-a furnizat toate datele ședințelor mele, a verificat materialul factual, a făcut sugestii pentru adăugiri și mi-a dat permisiunea de a-i folosi numele. M-a susținut să scriu acest capitol și i-a plăcut felul în care am caracterizat-o.

Ca înfățișare, Rona îmi amintea de mama. Atunci când am început terapia, arăta la fel cum arăta mama atunci când am început să mă maturizez. Spre deosebire însă de mama, Rona chiar mă asculta, era o prezență consistentă și mă trata ca individualitate. Era cu aproximativ 10 ani mai în vârstă decât mine, era evreică, era căsătorită și avea doi copii. Soțul ei era medic internist și trăiau într-o zonă foarte drăguță a orașului, așa că întotdeauna am presupus că era destul de înstărită. Condusese o clinică, dar atunci când am început să merg eu la ea se implicase într-un grup de practică restrâns. Existau așadar câteva diferențe (evreică versus creștină, 10 ani diferență de vârstă, statutul

socio-economic), dar acestea nu îmi păreau la fel de importante cum mi se păreau similitudinile dintre noi (sex, orientare teoretică).

Primul meu episod de terapie individuală a durat trei ani și a implicat una sau două ședințe pe săptămână. Am amintiri foarte vii despre anxietatea mea atunci când trebuia să vorbesc despre mine în primul an de terapie, astfel încât trebuia să fug cel puțin o dată, în timpul majorității ședințelor, la toaletă. Îmi amintesc la fel de viu și că Rona tricota în timpul tuturor ședințelor. M-am simțit rănită, pentru că am crezut că nu era posibil ca ea să mă asculte. Eram sigură că tricota pentru că eram plictisitoare, sentiment destul de familiar mie, de altfel. Atunci când părea adormită (ocazional, a și adormit), am adăugat acea dovadă siguranței mele că eram un client plictisitor, cum probabil și eram, pentru că mă simțeam atât de în defensivă și speriată de a mă deschide, de frica de a nu fi respinsă sau de a fi plictisitoare. Nu am menționat sentimentele mele legate de faptul că tricota sau că adormea în terapie la vremea aceea.

Mi-am petrecut ore întregi între ședințe gândindu-mă la Rona și la ceea ce am discutat în terapie și plănuind ceea ce voiam să discut în ședința următoare. Am vorbit fără încetare și despre experiențele mele de terapie cu soțul meu și prietenii apropiați, care erau și ei în terapie. Faptul de a mă afla în psihoterapie era parte majoră a identității mele la acea vreme. Terapia îmi era foarte de ajutor, chiar dacă era și producătoare de anxietate.

Rona a făcut multe lucruri care mi-au fost de ajutor. Îmi amintesc clar una dintre dezvăluirile de început ale Ronei. Vorbeam despre cum nu îmi era posibil să combin cariera și familia. Mi-a reamintit că ea fusese capabilă să le combine, drept pentru care era, cu siguranță, posibil. Nu s-a dezvăluit mult peste ani, dar atunci când a făcut-o a fost desigur într-un moment important. Rona se folosea de dezvăluirile de sine pentru a-mi arăta că eram asemănătoare și ca să îmi servească drept model pentru ceva la care aveam nevoie să mă gândesc sau să fac.

Rona a lucrat cu mine în cadrul unei orientări psihodinamice de lungă durată, în care privești îndeaproape istoria de familie, fiecare parte a relației și a transferului și înaintezi cu grijă și încet spre încheiere. De aici înainte mi-a oferit o mulțime de interpretări. Încerca să mă facă să înțeleg ce se întâmpla și ceea ce mă făcea să acționez așa cum o făceam. Obișnuia să revină în mod repetat la anumite lucruri din copilăria mea, care erau cruciale în formarea mea (cum ar fi faptul că sora mea mai mică a murit atunci când eu aveam trei ani). Obișnuia să facă conexiuni între relația noastră terapeutică și relația mea cu părinții. Ar trebui să specific și că interpetările ei erau făcute într-o manieră colaborativă. Nu era

expert în a-mi vorbi mie despre mine însămi, ci mai degrabă lucram împreună pentru a încerca să înțelegem ceea ce se întâmpla. Ea mi-a încurajat introspecția și independența.

În timp ce era interpretativă și uneori chiar confruntativă, Rona era foarte suportivă și empatică. M-am simțit în siguranță să vorbesc despre aproape orice. Am simțit că putea să îmi înțeleagă strădaniile. De fapt am simțit că Rona era un depozit al meu pentru tot ceea ce gândeam și simțeam. Își amintea ceea ce spusesem. Știam că existam pentru că ea mă auzise. Aveam nevoie să îi spun ei lucruri pentru a ști că s-au întâmplat. Și dacă îi spuneam ei lucruri, știam că ea era acolo să îmi reamintească faptul că existam. Îmi este greu să îmi exprim sentimentele în cuvinte, dar mă simțeam foarte bine gândindu-mă că Rona știa atât de multe despre mine, în decursul atâtor ani. Mă susținea atunci când eu mă simțeam incapabilă să mă susțin.

Rona avea de asemenea și niște limite clare, consistente și rezonabile legate de chestiuni ca: tarif, anularea ședințelor de terapie și telefoane, dar era de asemenea umană și blândă atunci când fixa aceste limite. Începea și termina ședințele prompt și mă simțeam foarte specială atunci când obțineam câteva minute în plus de la ea. Nu o sunam între ședințe, cu excepția situațiilor în care îi ceream o ședință în plus atunci când mă aflam în criză. Am întâlnit-o din întâmplare, la un moment dat, într-un magazin — era foarte cordială atunci când am salutat-o și am vorbit puțin. A venit să mă vadă când am avut o prelegere la un congres și am fost mândră, recunoscătoare și un pic emoționată pentru că era prezentă. Ar trebui să menționez că nu am încercat realmente să forțez limitele impuse de ea. De fapt, am făcut exact opusul. Am încercat să fiu cel mai bun client posibil și să urmez toate regulile, astfel încât să nu o enervez.

Am terminat primul episod de terapie pe vremea când eram însărcinată cu primul meu copil. Mă simțeam mult mai bine și voiam să încerc să mă descurc singură. Am plănuit încheierea cu grijă, cu câteva luni înainte, iar când am terminat terapia, Rona m-a asigurat că puteam să mă întorc dacă și când aveam nevoie. Îmi amintesc că i-am oferit chiar un cadou, o poză pe care o făcusem la Cascada Niagara, pe care a acceptat-o binevoitoare (și despre care a spus recent că încă o mai are).

Am început din nou terapia individuală cu Rona, trei ani mai târziu. Faptul de a fi fost părinte pentru doi copii mici era dificil și mi-a adus multe probleme, așa cum fusese și să fiu crescută de părinți la rândul meu. M-am suprins făcând lucruri exact ca și părinții mei și am auzit adeseori vocea mamei mele ieșindu-mi pe gură. A fi părinte m-a învățat mai mult despre urcușurile și coborâșurile personalității mele decât orice

alt eveniment din viața mea și aveam nevoie de ajutor pentru a putea gestiona aceste sentimente. De data aceasta am mers în terapie timp de nouă ani, o dată pe săptămână. Am mers mult mai adânc de această dată și aș putea spune și că mi-am format un atașament puternic și sănătos față de Rona. Mi-a trebuit mult timp să lucrez cu conflictele mele nu numai referitoare la creșterea copiilor, ci și la combinarea muncii și familiei, desprinderea de părinții mei, dezvoltarea identității mele și stabilirea carierei.

Nu am mai vorbit atât de mult cu prietenii mei despre terapie, în timpul acestui al doilea episod de terapie, așa cum o făcusem înainte. Aveam doi copii mici și o carieră încărcată și puțin timp să-mi petrec cu prietenii. Mai important decât atât însă, nu cred că aveam nevoie să vorbesc despre terapie cu prietenii prea mult, așa cum o făcusem anterior. Eram într-o altă fază, în care mă simțeam în siguranță și confortabil să lucrez cu problemele mele, mai degrabă decât cu faptul de „a fi în terapie".

Spre sfârșitul celui de-al doilea episod de terapie, eram în stare să-i spun Ronei că tricotatul ei mă deranja. Am vorbit despre asta, așa cum făceam totul în terapie. Mi-a spus că tricota pentru a-și ține mâinile ocupate spre a se putea concentra mai mult asupra mea. Am înțeles acest lucru din punct de vedere intelectual, dar emoțional aveam nevoie ca ea să se oprească din tricotat. A renunțat la tricotat, ceea ce m-a făcut să mă simt bine, pentru că răspunsese nevoilor mele.

La un moment dat am simțit nevoia să întrerup terapia din nou. Am simțit că mersesem atât de departe pe cât fusese posibil. Timpul pe care îl petreceam pentru a merge la terapie și costul au devenit factori importanți, semnificând pentru mine că mă simțeam mai bine, de vreme ce terapia nu avea prioritatea pe care o avusese odată. Știam că mă puteam întoarce oricând aveam nevoie, ceea ce mă asigura că nu pierdeam contactul cu Rona.

Într-adevăr, m-am întors de câteva ori în ultimii câțiva ani. A treia oară când m-am întors, Rona tricota din nou. Spre deosebire de reacțiile mele anterioare, am realizat că tricotatul ei nu mă mai deranja. Eram în stare să văd că Rona putea foarte bine să fie atentă la mine (nici măcar nu a mai adormit) și că o ajuta într-adevăr să se relaxeze. Eram probabil și mult mai puțin plictisitoare o dată cu trecerea timpului, pentru că am ajuns să cred în mine mai mult și eram capabilă să vorbesc deschis despre sentimentele mele.

Relația noastră a evoluat în timp. Inițial eram plină de nevoi, vulnerabilă, dependentă, defensivă și rezervată. Am devenit însă mai deschisă

și am ajuns să o percep pe Rona ca pe un egal cu care mă consultam în privința grijilor personale și a celor legate de carieră. Ca o ilustrare a modului în care îmi servea drept consultant, îmi amintesc că am vorbit cu Rona cu ceva ani în urmă despre nesiguranța mea de a fi vrut să scriu o carte despre vise în terapie. Îmi lipsea încrederea în ideile mele. Îmi părea atât de îndrăzneț faptul de a propune o teorie nouă, să spun cum credeam eu că lucrul viselor ar trebui abordat. Mai mult decât atât, cine eram eu să propun o nouă teorie asupra lucrului cu visele? Rona mi-a cerut să îi vorbesc despre modelul meu de vis și am vorbit despre asta așa cum aș fi făcut-o cu o colegă. M-a asigurat că îi plăceau ideile mele și m-a încurajat să scriu cartea (Hill, 1996). Opinia ei profesională și încurajarea erau foarte importante pentru mine venind atât din partea terapeutului din ea, cât și a colegei.

Rona s-a retras de curând din practica privată cu normă întreagă, ceea ce înseamnă că și-a închis cabinetul și a încetat să mai accepte pacienți noi, dar a continuat să îi vadă pe pacienții ei de lungă durată, în cabineul ei de acasă. M-am întors la ea pentru o ședință, în timp ce scriam acest capitol. Voiam să o văd în cabinetul său de acasă și să mă asigur că era încă acolo în cazul în care aveam nevoie de ea. Voiam și să mă consult cu ea asupra capitolului, să am siguranța că nu încălcam nici o confidențialitate sau că o interpretam greșit. Rona m-a asigurat în privința ambelor aspecte. Mi-a prins bine să o văd și să o introduc în cadrul a ceea ce se întâmplase între timp. Un lucru care m-a impresionat a fost memoria ei asupra tuturor celor ce mi s-au întâmplat în decursul anilor. Este foarte reconfortant să știu că ea își amintește atît de multe din istoria mea și că poate să îmi reamintească de ce mă blochez sau devin anxioasă (de pildă își amintește mereu o imagine a mea ascunzându-mă sub masă în mijlocul bucătăriei atunci când eram copil). Reasigurarea și grija ei m-au ținut cu picioarele pe pământ.

Un aspect general pe care-l consider important este că Rona nu m-a enervat niciodată cu adevărat. M-a deranjat tricotatul și i-am cerut să înceteze, și de câteva ori m-a deranjat că începea ședința cu întârziere, dar nu am simțit sau exprimat vreodată furie pentru ea. Atribui faptul de a nu mă fi enervat amândurora dintre noi. În ceea ce o privește pe ea, era foarte bună, drept pentru care nu exista nevoia de a mă înfuria pe ea. Este calmă, o persoană echilibrată. Ca reacție la una dintre ciornele acestui capitol, Rona a spus că puțini dintre clienții ei s-au înfuriat pe ea, fapt pe care l-a atribuit clarității limitelor impuse, a faptului de a nu se simți vinovată pentru setarea granițelor, ba mai mult, a ideii că acestea reprezintă un mod necesar de a avea grijă de ea însăși și a dorinței de

a fi sinceră și de a-și explica deciziile pacienților săi. În ceea ce mă privește, deși mă înfurii pe alte persoane, am probleme în a exprima starea de enervare față de altcineva în afară de soțul și copiii mei. Există o parte în mine căreia încă îi este frică de a se enerva pe Rona, fapt care ar conduce la a mă respinge. Oricum, dat fiind că nu simt furie în ceea ce o privește, nu simt nevoia de a lucra pe această problemă cu ea.

Un alt aspect general este costul terapiei. Taxele erau scăzute atunci când am început terapia în 1975, iar asigurarea mea de sănătate plătea 50% din cost, drept pentru care era foarte rezonabil. Asta și pentru că nu voiam ca prețul terapiei să constituie o problemă. Rona ridica prețul, în mod obișnuit, cu vreo 10, 15 $, la fiecare doi sau trei ani, astfel încât prețurile ei erau destul de mari spre sfârșitul experienței mele terapeutice. Pentru că nu s-a înscris în lista de psihologi în serviciu public, constituindu-se într-o persoană care oferea servicii în afara rețelei, partea din preț pe care trebuia să o plătesc eu era proporțional chiar mai mare spre sfârșit. Dat fiind că mă simțeam mai bine și că prețurile creșteau foarte mult, costurile, precum și faptul de a obține o preautorizație la fiecare din 10 ședințe au devenit un factor important în decizia mea de a mă întoarce sau nu în terapie. Sunt foarte recunoscătoare cel puțin că asigurarea a fost generoasă în anii în care aveam cu adevărat nevoie de terapie!

Nu sunt sigură că faptul de a fi fost psihoterapeut eu însămi a avut un impact asupra mea în postura de client în terapia individuală. Mă interesa mai mult faptul de a primi ajutor decât de a fi tratată într-un anume fel pentru că eram terapeut.

Când privesc în urmă totuși pot să atrag atenția atât asupra unor aspecte pozitive, cât și asupra unor aspecte negative derivate din faptul de a fi beneficiat de terapie ca terapeut. În ceea ce privește partea pozitivă, știam ce să aștept de la terapie și eram cu adevărat implicată. Știam că aveam nevoie de terapie și nu m-am amăgit considerând că o fac doar ca antrenament. Știam că trebuiau să existe limite și nu am încercat să trec peste ele sau să le schimb. Mai mult decât atât, pentru că Rona mi-a înțeles slujba atât de bine, puteam să vorbesc despre aceasta în profunzimi care nu ar fi fost posibil de atins în cazul în care aș fi avut o altă carieră.

Un aspect negativ însă este vorba că m-am înfrânat pe mine mai mult în terapie decât aș fi făcut-o în cazul în care nu aș fi cunoscut „regulile". Uneori i-am codificat sau chiar judecat tehnicile (de pildă: „Asta chiar a fost o interpretare bună".) ori m-am gândit chiar la ce orientare teoretică folosea, dar nu cred ca acest fapt să fi stat prea mult în calea terapiei. Eram capabile să depășim aceste situații și să ne punem pe treabă.

S-a purtat Rona diferit cu mine, dat fiind că știa că eram psiholog? Mă îndoiesc. Era foarte sigură pe ceea ce era ca persoană și ca profesionist. Era foarte bine privită în comunitatea terapeutică și nu a părut niciodată înspăimântată de succesul meu profesional.

Terapia maritală

Pe când m-am întors pentru al doilea episod de terapie individuală, presiunile mariajului meu deveneau și ele tot mai mari. Soțul meu și cu mine aveam doi copii mici și două cariere provocatoare, drept pentru care aveam nevoie de terapie maritală, pe lângă terapiile noastre individuale. În terapiile individuale învățam lucruri despre noi înșine, dar nu învățam cum să comunicăm între noi și să ne rezolvăm problemele.

Ne întrebam însă cum trebuia să facem asta? Ar trebui să mergem la terapeutul lui sau la al meu? Cu siguranță, eu nu voiam să merg la terapeutul lui. Îl văzusem pe terapeutul lui o dată, din motive pe care nu mi le mai amintesc, iar stilul său abraziv și agresiv m-a descurajat și m-a enervat. La fel ca și mine, nici soțul meu nu voia să meargă în terapie la terapeutul meu individual. Aveam nevoie de cineva doar pentru terapie maritală, care să nu fi avut vreo legătură cu noi individual. Jim a spart gheața aducând numele unui terapeut marital recomandat de terapeutul lui individual, un psiholog clinician care terminase de curând colaborarea cu guvernul. În ciuda rezistenței mele la recomandarea venind din acțiunea lui Jim (da, eram cu siguranță în lupte de putere) și de la terapeutul lui individual, tot m-am dus, pentru că ne aflam într-un moment în care chiar aveam nevoie de ajutor din afară.

Când am intrat în birou și l-am văzut pe acest domn bătrân, impunător, cu părul alb, cu diplome de la universități catolice peste tot pe pereți, am înnebunit. M-am gândit imediat că nu aveam nici o șansă să fiu înțeleasă de acest tip catolic și bătrân. Ar trebui să menționez că și așa mă convertisem fără nici o tragere de inimă, ezitant, la catolicism atunci când ne-am căsătorit și tot nu îmi rezolvasem conflictele legate de religie. După reacția mea inițială negativă, m-am mai calmat și am încercat să scot ceva din experiența aceasta. Nu am avut niciodată încredere în dr. M (a murit între timp, dar nu am putut obține permisiunea de a-i folosi numele) la fel de mult cât am avut în Rona și întotdeauna m-am simțit cumva inconfortabil deschizându-mă față de el. Transferul meu asupra dr. M a făcut să nu îl văd așa cum era sau să

am încredere deplină în el. Nu îmi amintesc ca dr. M să fi gestionat transferul meu asupra lui în mod direct, ceea ce era în ordine pentru mine la acea vreme, pentru că voiam să lucrez pe căsătorie și nu pe relația terapeutică. Privind în urmă, ar fi putut fi folositor să vorbim despre transfer mai mult, dar nu cred că eram pregătită să fac acest lucru atunci.

Am fost la dr. M timp de 75 de ședințe, pe parcursul a aproape doi ani. Este greu să caracterizez orientarea doctorului M. Câteodată era psihanalitic. Ar fi stat întreaga ședință fără să spună nimic și lăsându-ne pe noi să facem toată treaba. Ne era folositor să fim acolo, chiar dacă el tăcea pentru că ne oferea un timp și un spațiu în care să ne vorbim. El nu ne salva, dar ne obliga să „ne coacem în suc propriu". Politica lui de a sta deoparte ne ajuta, pentru că, în cea mai mare parte, nu aveam abilitățile de a comunica și aveam nevoie de timp și siguranță pentru a fi capabili să ne vorbim. Alteori, dr. M era directiv și ne spunea exact ceea ce credea. De exemplu, era directiv ajutându-ne să depășim luptele de putere în ceea ce privea creșterea copiilor și era sincer deschis în a ne furniza opinii și sfaturi atunci când credea că era necesar. Dr. M era și foarte tandru, prietenos, cald și sigur. Cabinetul său era acasă la el, și părea foarte deschis în ceea ce privea familia lui. Soția lui chiar vorbea cu noi timp de câteva minute, înainte de începerea ședințelor.

Un lucru extrem de important pe care eu și Jim l-am învățat în timpul cursului de terapie maritală a fost acela al transferurilor pe care le făceam unul asupra altuia. Am fost uimită să aflu că Jim o proiecta asupra mea pe mama lui, pentru că în mod sigur eu nu vedeam nici o asemănare. Ce mă enerva era că mă învinuia pentru lucruri care păreau disproporționate în comparație cu ceea ce făceam sau ceea ce eram eu. Iar eu făceam același lucru în ceea ce îl privea pe Jim. Îl tratam ca și cum ar fi fost tatăl meu și mă așteptam să se manifeste pornind de la aceleași motivații pe care eu le atribuiam tatălui meu. Mi-a luat mult timp până să îi separ. Terapeutul era capabil să ne ajute să punem în ordine acele transferuri, să ne privim într-un mod mai realist și să reacționăm unul față de altul mai degrabă decât la figurile noastre transferențiale.

Un beneficiu în plus pe care ni l-a adus terapia aceasta a fost acela că Jim și cu mine eram în stare să negociem mai bine sarcinile casnice de creștere a copiilor. Date fiind așteptările noastre diferite, descinzând din cadrele noastre familiale diferite, ne-am blocat într-un fel în a aștepta de la celălalt să joace rolurile din familiile noastre de origine. Terapia maritală ne-a ajutat să trecem peste acești ani dificili de creștere a copiilor mici.

În ceea ce privește aspectele negative, terapeutul nostru marital ne-a dat niște chestionare pe care urma să le completăm individual și

împreună, după prima ședință. Fiind studenți conștiincioși, am făcut așa cum ni s-a spus și am petrecut ore în șir completând aceste chestionare. Ne-am ales cu ceva din completarea lor, dar ceea ce mă deranja pe mine era că dr. M nu se referea niciodată la răspunsurile noastre în timpul ședințelor. Poate că le folosea în a ne înțelege mai bine, dar nu ne-a spus nimic legat de ceea ce avusese de câștigat din răspunsurile noastre bifate pe chestionare. Mă deranja faptul că pierdusem atât de mult timp cu completarea lor, în cazul în care el nu avea de gând să le folosească în terapie.

Sexul, vârsta și religia erau factori importanți care mă împiedicau pe mine să mă simt în siguranță cu dr. M, spre deosebire de Rona. Aveam destulă încredere în dr. M încât să îi permit să ne ajute pe Jim și pe mine să vorbim unul cu celălalt, dar nu aș fi vrut să fie terapeutul meu individual. Și eram cu siguranță gata să întrerup terapia maritală după doi ani, mai ales că Jim și cu mine eram capabili să continuăm să lucrăm singuri asupra problemelor noastre.

Mi-am dat seama că poți să obții ceva din terapie, chiar dacă relația nu este cea mai bună posibilă. Mai mult decât atât, relația cu terapeutul marital nu mi s-a părut atât de importantă așa cum era în terapia individuală, pentru că relația cu soțul meu era mai importantă. Terapeutul era acolo ca să ne ajute să lucrăm asupra relației noastre maritale, nu să lucrez pe relația mea cu el.

Beneficii ale experiențelor mele din psihoterapie pentru mine, ca psiholog

În formarea mea tradițională științifico-practică pentru consiliere psihologică am învățat să prețuiesc și să fiu atât un cercetător, cât și terapeut. În timpul studiilor postuniversitare pentru doctoranzi mă așteptam să devin terapeut la terminare, deși îmi plăcea să fac muncă de cercetare. Mi-am schimbat drumul în carieră atunci când îndrumătorul mi-a sugerat că aș avea parte de mai multă flexibilitate, în cazul în care încerc mai întâi munca academică. A spus că puteam oricând să mă mut de la munca academică la practică, dar că nu era posibil să mă mut de la practică la munca academică. Am încercat munca academică și, după un început cu hopuri, am descoperit că îmi plăcea în mare parte această poziție.

Ar trebui să specific că nu mai iau clienți în particular. Am continuat să ofer terapie în mica mea practică privată departe de casă, timp de

15 ani după terminarea studiilor postuniversitare. A devenit din ce în ce mai dificil, oricum, să rămân în practică după ce am avut copii mici și după ce activitatea profesională s-a intensificat. Am simțit că nu aveam destul timp să caut supervizare și era foarte dificil și să îmi găsesc vreme și pentru a face terapie. Trebuia să renunț la ceva și am descoperit că îmi făcea plăcere să am alte activități profesionale mai mult decât să acord terapie. Așadar, nu am mai văzut clienți în particular în ultimii 15 ani.

Rămân oricum implicată activ în terapie în mai multe feluri. În primul rând, din când în când văd clienți pentru studii de cercetare. În al doilea rând, predau abilități de ajutorare și teoriile psihoterapiei studenților și doctoranzilor și adeseori demonstrez abilitățile la clasă. În al treilea rând, îndrum studenții și doctoranzii, ceea ce are de-a face în mare măsură cu abilitățile terapeutice. În al patrulea rând, predau și demonstrez travaliul viselor studenților și profesioniștilor. În al cincilea rând, fac muncă de cercetare în psihoterapie. Pentru această cercetare am intervievat mulți terapeuți și clienți cu privire la experiențele lor terapeutice. De exemplu, am intervievat terapeuți cu privire la impasurile din terapie (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson și Rhodes, 1996) și cum își gestionează reacțiile la furia clienților îndreptată înspre ei (Hill și alții, în presă). Am intevievat clienți despre experiențele lor în terapia de scurtă durată în ceea ce privește visele (Hill și alții, 2000). Am transcris și privit multe ședințe de terapie și le-am codificat din punctul de vedere al intențiilor și tehnicilor terapeutului (ex. Hill, 1989). În cele din urmă, îl ascult pe soțul meu vorbind despre experiențele cu clienții și astfel sunt capabilă să rămân cât de cât empatică față de terapeuții din lumea reală.

Aș putea spune că experiențele mele de a fi client în terapie au avut o influență importantă asupra mea ca psiholog. În primul rând, dezvălui că am fost în terapie pentru a le servi drept exemplu studenților mei, pentru a le demonstra astfel că faptul de a fi în terapie poate să ajute și pentru a-i încuraja în acest fel să solicite terapie atunci când au nevoie. Nu le cerem studenților să beneficieze de terapie în cadrul programului nostru postuniversitar, pentru că nu considerăm că este o idee bună să elaborăm reguli pentru oameni care beneficiază de ajutor. Sunt foarte prudentă atunci când vine vorba de a face prozeliți în orice, dat fiind fondul meu religios în care trebuia să ieșim în stradă și să încercăm să convertim oameni.

Experiențele mele au avut o influență și asupra teoretizărilor mele privind terapia. Pentru că, personal, am beneficiat mai mult de abordări psihodinamice și umaniste, înclin spre aceste abordări de terapie.

Dar cred în egală măsură în valoarea intervențiilor behavioriste, pe care le-am aprofundat în timpul studiilor postuniversitare. Cred oricum că behavioriștii pot să producă schimbarea cel mai ușor, o dată ce clienții sunt motivați, au format o relație terapeutică bună și au o înțelegere a comportamentului lor. Mai mult decât atât, terapeuții mei au avut tendința să folosească o varietate de tehnici diferite în funcție ce de ceea ce au crezut că aveam nevoie la momentul respectiv, modelând acea aderență rigidă la o abordare teoretică și care nu este terapeutică. În sfârșit, faptul de a preda o mare varietate de abordări teoretice m-a ajutat să văd ceea ce merge dintre toate. Prin urmare, abordarea mea terapeutică poate fi caracterizată ca o integrare a abordărilor umanistă, psihodinamică și behavioristă (vezi Hill, 2004; Hill și O'Brien, 1999).

Experiențele mele de client mi-au influențat și programul de cercetare. Am o înțelegere mai bună asupra procesului psihoterapeutic, după ce am urmat o terapie proprie, precum și după ce am fost, la rândul meu, terapeut. Atunci când mă gândesc la un subiect care mă interesează în cercetare (de pildă interpretări terapeutice), mă gândesc cum am experimentat interpretările terapeuților mei și cum am oferit interpretări ca terapeut. Ambele experiențe îmi oferă o cotă de nivel față de care să evaluez teoria și rezultatele cercetărilor. De exemplu, am devenit interesată în a face cercetări despre vise din experiențele mele ca profesor, dar apoi am lucrat pe câteva vise cu Rona și am devenit mai investită în valoarea conducerii cercetării pe lucrul cu visul în terapie. Modelul meu de vis (Hill, 1996, 2003) era diferit de al Ronei, care susține ideea că m-am simțit în putere să-mi dezvolt propriile idei, mai degrabă decât să mă transform pe mine într-o clonă a Ronei.

Ideile mele pentru proiectele de cercetare îmi veneau în mod obișnuit atât din experiențele de predare, cât și din experiențele mele din terapie. Poate dacă exprienţele mele din terapie ar fi fost negative, aș fi fost mai implicată în a le studia.

Lecții învățate din experiențele mele din terapie

1. Relația terapeutică este importantă. Clienții trebuie să se simtă îndeajuns de confortabil cu terapeuții lor, înainte de a-și dezvălui secrete profunde, sau să le permită terapeuților lor să aibă o influență mare asupra lor. Bineînțeles, chiar și atunci când relația terapeutică este aproape de ideal, clienții aleg ce sunt pregătiți să dezvăluie și în ceea ce cred

că terapeuții i-ar putea ajuta. Dar clienții pot fi ajutați, chiar și când relația terapeutică este mai puțin decât ideală. S-ar putea ca aceștia să nu obțină la fel de multe beneficii de pe urma terapiei, ca atunci când relația ar fi mai bună, și este posibil ca ei să fie mai precauți cu terapeuții, putând fi uneori ajutați în mai multe feluri limitate. Mai mult decât atât, relația terapeutică este probabil mult mai importantă în cazul terapiei individuale de lungă durată decât este pentru terapiile de scurtă durată sau maritale, deși ar trebui să fie cel puțin „destul de bună" în modalitățile scurte pentru ca respectivii clienți să se simtă suficient de în siguranță pentru a lucra.

2. Tehnicile terapeutice sunt, de asemenea, importante în a-i ajuta pe clienți să se schimbe. Terapeuții îi ajută pe clienți să exploreze, să se gândească la interpretări, provocându-i să depășească complezențele, educându-i și învățându-i anumite abilități. Au fost anumite tehnici care s-au dovedit folositoare în experiențele mele de terapie. Nu era de ajuns ca terapeuții mei să fie acolo; trebuia ca ei să facă anumite lucruri pentru a mă ajuta să îmi dau seama ce era cu mine și cum să mă schimb. Bineînțeles că dihotomia dintre relație și tehnici este simplistă. De fapt, tehnicile sunt folosite pentru a construi și a menține relația, iar relația este necesară pentru a potența tehnicile.

3. Limitele clare și rezonabile sunt necesare în terapie pentru a-i ajuta pe clienți să se simtă în siguranță și să știe la ce să se aștepte. La fel de important este și ca terapeuții să impună și să mențină limitele într-un mod sigur și confortabil.

4. Terapia psihodinamică de lungă durată poate fi foarte folositoare în a-i ajuta pe clienți să facă schimbări de personalitate pe termen lung. Mai mult decât atât, este ideal pentru clienți să poată beneficia de mai multe episoade de terapie cu același terapeut, în timp, pentru a putea gestiona tranzițiile de dezvoltare. Ar trebui să cerem ca firmele de asigurări să plătească pentru terapie de mai lungă durată și ar trebui să facem mai multe pentru a studia efectele specifice ale terapiei de lungă durată.

5. Schimbarea survine prin multiple forme de intervenții terapeutice atât în mod formal, cât și informal. În cazul meu, eu am avut o relație bună cu soțul meu și o rețea suportivă formată din prieteni și colegi. Am fost implicată în terapie individuală, terapie maritală, grupuri de întâlnire, în câteva grupuri fără lider, un grup de creștere a conștiinței și experiențe de supervizare. Am fost și destul de norocoasă să am o carieră care implică a citi despre, a preda despre și a întreprinde cercetări în psihoterapie. Am fost implicată în multe eforturi de schimbare de sine (de

pildă lucrul cu visele mele). În sfârșit, m-am implicat și într-un mod de viață sănătos în termeni de dietă și exercițiu fizic, vizite medicale regulate la doctor și dentist și folosirea chiropracticienilor și a terapeuților specializați în masaj, atunci când era cazul. Toate aceste activități terapeutice m-au ajutat să cresc și să mă dezvolt în cea care sunt. Nu este posibil să izolez efectele unice ale terapiei individuale și maritale de toate aceste alte experiențe.

6. Este nevoie să regândim cum măsurăm rezultatele atunci când luăm în discuție efectele psihoterapiei de lungă durată. Terapia de lungă durată poate fi predată ca unul dintre aspectele unui proces educațional de o viață. Câteodată beneficiem de un curs de terapie de scurtă durată pentru a rezolva crize sau a reduce simptome, așa cum am beneficia de un curs în timpul liceului, în care am învăța un pic dintr-un subiect. Dar 10 ședințe de terapie de scurtă durată nu reprezintă o educație terapeutică completă. Pentru rezultatul terapiei de lungă durată este necesar să avem în vedere mulțumirea sufletească, acceptarea personală, reorganizarea personalității, abilitatea de a avea relații și cariere de succes și abilitatea de a rezolva crizele noi și tranzițiile care apar pe parcursul vieții.

7. Este greu să te schimbi. Modelele cognitive și behavioriste sunt de obicei adânc înrădăcinate și greu de modificat. Am o mare înțelegere pentru clienți în lupta de a produce schimbări în viețile lor.

8. Clienții sunt cu mare băgare de seamă dacă terapeuții sunt atenți la ei. Sunt menționate lucruri ca tricotatul sau faptul de a adormi, însă pacienților le este greu să le confrunte în mod direct, poate pentru că resimt asta ca pe o rană narcisică. Este probabil la fel de greu pentru terapeuți să aducă în discuție aceste probleme, pentru că se simt vulnerabili sau simt că au făcut ceva greșit. Dar acestea sunt probleme care pot necesita să fie luate în discuție în terapie (vezi și Geller, 1994).

9. Transferul poate avea o influență puternică în terapie. Influența poate fi pozitivă, așa cum au arătat-o experiențele mele cu terapeutul meu individual, sau negativă, așa cum au arătat-o experiențele mele cu terapeutul marital. Pe termen lung, gestionarea acestor transferuri în mod deschis este, fără îndoială, extrem de importantă pentru a învăța cum să confrunți situații interpersonale dificile.

10. Este nevoie ca barierele legate de căutarea terapiei să fie reduse. Mulți oameni au nevoie de terapie, dar nu o caută, dat fiind stigmatul, costul sau vulnerabilitatea. Mulți dintre cei care doresc terapie nu știu cum să aleagă un terapeut bun, iar mulți dintre cei care caută terapie sfârșesc pe mâinile unei persoane în prezența căreia nu se simt confortabil sau nu știu cum să se schimbe.

Concluzii

A fi psihoterapeut și psiholog a avut o influență minimală în experiențele mele de client în terapie, cel puțin din câte îmi dau eu seama. Faptul de a fi terapeut și psiholog mi-a fost de folos pentru a-mi da seama în ce intram, ce se aștepta de la mine și ce puteam spera să obțin din terapie; dar nu a avut un impact foarte mare în procesul terapiei. Bineînțeles că am fost destul de norocoasă să am terapeuți excelenți, care mă tratau ca pe un individ care era în durere și avea nevoie de ajutor, mai degrabă decât să fie prea preocupați de faptul că aș fi terapeut și psiholog.

Oricine ar putea să se întrebe dacă cele 580 de ședințe ale mele de terapie individuală și cele aproximativ 75 de ședințe de terapie maritală erau cu adevărat necesare sau dacă erau mai degrabă un lux inutil. Până la urmă, companiile de asigurări vor rambursa acum numai costul terapiei de scurtă durată, necesară tulburărilor diagnosticabile, și să nu văd nici un beneficiu, din punct de vedere al societății, al terapiei de lungă durată pentru oamenii „normali". Aș sublinia și că terapia mea nu a fost doar foarte benefică pentru mine din punct de vedere personal, ci și crucială pentru dezvoltarea mea din punctul de vedere profesional. Dovada eficienței terapiei mele stă în viața mea — am o căsătorie fericită de 29 de ani, am doi copii dezvoltați normal și o carieră de succes. Sunt recunoscătoare experiențelor mele din terapie. Aș fi putut rezolva unele dintre conflictele personale în alte feluri (de pildă prin grupuri de suport), dar terapia a fost o metodă bună pentru mine, pentru că s-a potrivit cu valorile mele, cu formarea și credințele mele.

MULȚUMIRE Aș dori să îmi exprim aprecierea față de Rona Eisner, Jesse Geller, Charles Gelso, James Gormally, Misty Kolchkian și John Norcross pentru reacțiile la citirea ciornelor acestui capitol.

Bibliografie:

Geller, J.D., „The Psychotherapist's experience of interest and boredom" în *Psychotherapy, 31*, 1994, p. 3-16

Hill, C.E., *Therapists techniques and client outcomes: Eight cases of brief psychotherapy*, Sage California, Newbury Park, 1989

Hill, C.E., *Working with dreams in psychotherapy*, Guilford, New York, 1996
Hill, C.E., *Dream work in therapy: Facilitating exploration, insight and action*, American Psychological Association, Washington, 2003, ediția a 2-a
Hill, C.E., *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action*, American Psychological Association, Washington, 2004, ediția a 2-a
Hill, C.E., Kellems, I., Kolchakian, M., Nakayama, E.Y., Wonnell, T. și Davis, T.L. (în presă), „The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unassented client anger: Factors associated with resolution" în *Psychotherapy Research, 14*, p. 475-496
Hill, C.E., Nutt-Williams, E., Heaton, K.J., Thompson, B.J. și Rhodes, R.H., „Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis." în *Journal of Counseling Psychology, 43*, 1996, p. 207-217
Hill, C.E., Zack, J., Wonnell, T., Hoffman, M.A., Rochlen, A., Goldberg, J., Nakayama, E., Heaton, K.J., Kelly, F., Eiche, K., Tomlinson, M. și Hess, S., „Structured brief therapy with a focus on dreams or loss of clients with troubling dreams and recent losses" în *Journal of Counseling Psychology, 47*, 2000, p. 90-101

Capitolul 12

O tapiserie şamanică

Experienţele mele în terapia individuală, maritală şi de familie

de William M. Pinsof

Tradiţia psihoterapeuţilor în psihoterapie este tot atât de veche ca specia umană. Primii psihoterapeuţi au fost şamanii, care erau aleşi în profesia lor în virtutea tulburărilor şi care învăţau secretele sublumii lor pentru a-şi vindeca şi colegii de trib (Eliade, 1964; Lommel, 1967). Pe aceeaşi linie cu această tradiţie veche, ceea ce sunt astăzi ca psiholog clinician şi psihoterapeut integrativ este produsul nu numai al educaţiei, formării mele şi al personalităţii, ci şi, poate mai important decât atât, al experienţei mele ca pacient în psihoterapii diferite în decursul vieţii mele. Toate aceste experienţe au devenit fire împletite în tapiseria sinelui meu profesional.

Eşec şi creştere

Fără eşec nu există creştere. A învăţa şi a eşua sunt legate una de cealaltă, în mod inextricabil, în evoluţia speciilor noastre, în dezvoltarea unei persoane şi în dezvoltarea unui psihoterapeut. Eşecul este cel care conduce la dezvoltarea psihoterapiilor integrative. De asemenea, conduce şi la inovaţie în terapia oricărui individ sau familii specifice. Mai mult decât atât, eşecurile repetate şi gestionabile ale relaţiei terapeutice conduc la dezvoltarea sinelui pacienţilor noştri. A ne accepta şi înţelege greşelile este cheia spre creşterea domeniului nostru, a terapiilor noastre şi, în sfârşit, a noastră înşine.

Faptul de a rezolva eşecuri psihoterapeutice a fost cheia creşterii mele atât din punct de vedere clinic, cât şi ca om de ştiinţă. *Integrative problem-centered therapy* (*Terapia integrativă centrată pe problemă*) (Pinsof,

1983, 1995, 2002), un model terapeutic pentru integrare a terapiilor de familie, individuală și biologică, este produsul eșecurilor mele și ale studenților și colegilor mei în decursul ultimilor 30 de ani. Procesul terapiei centrate pe problemă este spulberarea eșecului. Folosește intervenții relativ indirecte, complexe și costisitoare doar atunci când cele directe, mai simple și mai puțin costisitoare, eșuează în a rezolva problemele pentru care pacienții caută ajutor.

Oricât de mult mi-aș dori să susțin că acest model derivă dintr-un set de experimente bine studiate sau dintr-un set de principii elegante derivate teoretic și inexorabile, nu ar fi nimic adevărat. Modelul are trei surse: experiența mea de peste 30 de ani ca terapeut; cunoștințele mele de cercetător în psihoterapie din ultimii 30 de ani și, cel mai profund, experiența mea ca persoană și pacient. Am avut aproximativ patru episoade formale extinse de terapie și m-am luptat în decursul vieții mele să rezolv o mare varietate de probleme. Modelul meu integrativ centrat pe problemă reflectă această experiență pe cât de mult, dacă nu mai mult decât experiența mea ca psiholog clinician și cercetător. Este un model pe care pot să îl vând, pentru că l-am cumpărat. Îl cunosc atât pe dinăuntru, cât și pe dinafară.

În acest capitol prezint, în ordine aproximativ cronologică, o varietate de episoade terapeutice, ilustrând eșecuri-cheie și experiențe de creștere. În unele dintre ele, eu sunt pacientul, în altele, terapeutul. Aceste episoade delimitează liniile majore personale și profesionale care mi-au constituit sinele terapeutic. Voi prezenta pe scurt integrarea lor în modelul coerent și de coeziune al practicii psihoterapeutice pe care îl numesc terapie centrată pe problemă. Voi concluziona cu reflecții asupra normalității, precum și asupra extraordinarei naturi a terapeuților în psihoterapie.

Eșecul psihanalizei și descoperirea terapiei de familie

M-am născut în lumea psihanalizei, în Chicago, la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial. Membrii familiei mele fuseseră în analiză înainte ca eu să mă fi născut, iar lucrările lui Freud au ocupat un loc central în biblioteca familiei noastre. Fiind cel mai mic din trei frați, nu înțelegeam glumele și tachinările despre invidia de penis și complexele oedipiene care pluteau în jurul cinei. Am înțeles însă că era multă suferință în familia mea și că despre acea suferință nu se vorbea. Cele două refrene erau: „Vorbește cu terapeutul despre asta" sau „Terapeutul meu crede..."

Tatăl meu, capul unei afaceri de familie, își petrecea mult timp acasă în studiul lui fundamental, catalogând și dezvoltând colecțiile sale de artă. Retragerea sa emoțională și perioadele de depresie, niciodată discutate deschis, ne-au afectat întreaga viață de familie. Chiar și relația mea cu el a fost distantă. Nu îmi aduc aminte ca vreodată să mă fi îmbrățișat, să-mi fi spus că mă iubește sau să se fi oferit pe sine ca mentor educațional sau emoțional. Oricum, s-a implicat totuși în momente-cheie în copilăria și adolescența mea, pentru a susține și a promova dezvoltarea mea intelectuală și culturală. El reprezenta, de asemenea, și un ideal de excelență intelectuală și profesională care m-a încurajat și m-a inspirat.

Pe când aveam vârsta de 13 ani, ceilalți din familia mea și cu mine eram insule de suferință, fiecare cu propriul terapeut psihanalist individual. Am tânjit după dragostea tatălui meu și deseori, sâmbătă dimineața, i-am vorbit terapeutului meu despre aceasta. După care tatăl meu venea să mă ia de la cabinetul terapeutului din centrul orașului Chicago ca să mă conducă acasă. Rămâneam tăcuți, pentru ca el să poată asculta Opera Metropolitan la radio-ul mașinii. Terapeutul nu a sugerat niciodată o ședință de întâlnire cu tatăl meu și nici nu m-a îndrumat să vorbesc direct cu tata despre dorința mea de apropiere.

Am intrat în terapia psihodinamică individuală la vârsta de 13 ani și am decis să devin psiholog la 15 ani. Teza mea secundă din liceu a fost comparația dintre Freud și Jung. La facultate am terminat ca prima specializare istoria religiei. Înainte de mijlocul secolului al XIX-lea, aproape toată „psihoterapia" s-a întâmplat într-un context religios și tocmai de aceea, pentru mine, istoria religiei a devenit istoria psihoterapiei. Lucrarea mea de licență din facultate a articulat un model de psihoterapie care cuprindea șamanismul, psihanaliza și budismul Zen.

Am luat parte la cursurile postuniversitare de psihologie clinică din cadrul Universității York din Toronto, între anii 1970 și 1975. „Conversia" mea a avut loc în prima lună, pe când mă întâlneam cu supervizorul cercetării. Am observat o carte pe raftul său care se numea *Intensive Family Therapy* (*Terapie de familie intenisivă*) (Boszormenyi-Nagy și Framo, 1969). Ca răspuns la întrebarea mea „Ce este terapia de familie?", el mi-a răspuns: „Să pui oameni laolaltă în aceeași cameră pentru ca ei să vorbească între ei". Am fost șocat și am devenit înrobit acestei idei. Ideea de a sta în aceeași cameră cu familia mea și de a vorbi despre adevăratele noastre sentimente și gânduri m-a provocat, dar m-a și înspăimântat în același timp. Terorizat, dar și fascinat, m-am aruncat în terapia de familie.

După doi ani, în timpul studiilor postuniversitare în care am citit tot ce puteam găsi despre terapia de familie și beneficiind un pic de aceasta,

am primit o bursă cu titlu academic din partea Consiliului Canadei, care îmi permitea să devin clinician cu normă scurtă la Universitatea McMaster, Departamentul de Psihiatrie din Hamilton, Ontario, pentru a învăța terapie de familie. Nathan Epstein și colegii săi din Jewish General Hospital (Spitalul General Evreiesc) din Montreal fondaseră Departamentul de Psihiatrie McMaster, la sfârșitul anilor 1960. Nate a fost format original în New York, cu Nathan Ackerman, și era „tatăl" terapiei de familie în Canada.

În prima mea săptămână la McMaster, l-am privit pe Nate conducând un „interviu de supervizare *live*" cu un rezident la psihiatrie care trata o familie promiscuă din punct de vedere sexual, având în compunere și o adolescentă cu tulburări de conduită, pe nume Rene. Tatăl ei, Tom, era neimplicat în viața soției și a fiicei, în timp ce Rene și mama ei, Francine, erau prinse într-o plasă conflictuală. În partea inițială a interviului cu rezidentul, părinții se plângeau că lucrurile continuau să se înrăutățească. Se plângeau că nu aveau nici un control asupra lui Rene.

La acest moment, Nate a intrat în ședință, după ce observase primele 20 de minute din spatele unui geam oglindă. Nate a început prin a explora ce i-a împiedicat pe părinți din a crea o structură fermă și consistentă pentru Rene. Francine s-a plâns amarnic că nu primea nici un fel de ajutor de la Tom, care doar stătea acolo în timp ce ea vorbea și ridica din umeri. Nate s-a întors către Tom și l-a întrebat ce l-a împiedicat să se implice. Acesta a răspuns: „Am încercat, dar pur și simplu nu știu ce să fac". Nate a replicat: „În regulă, hai să lucrăm la asta chiar acum. O să îți spun eu ce să faci". Tom arăta ca o căprioară prinsă în farurile unei mașini care se apropie.

Nate a întrebat-o pe Francine care considera că era problema cea mai presantă, menită a fi discutată în legătură cu Rene. Ea a răspuns: ca Rene să respecte interdicția de a ieși din casă. Rene a argumentat imediat că interdicțiile ca ea să iasă din casă nu erau la fel de importante ca atitudinile rasiste ale mamei sale la adresa prietenului ei de culoare jamaican. Mama a devenit furioasă, țipând că ea, și nu Rene, avea să decidă despre ce avea să se discute. În acest moment, Nate s-a întors către Tom și a spus: „Intră în horă, omule. Ajută-ți soția". Tatăl și-a întors palmele în sus și a spus lipsit de ajutor: „Nu știu ce să fac". Nate a replicat: „Nu îmi pasă ce faci, dar ar fi mai bine să faci ceva și să o faci acum, pentru că fetele se încălzesc". Atunci Tom le-a spus soției și fiicei lui, poticnindu-se: „Tăceți din gură. Nu mai țipați". Ele l-au ignorat. Nate a spus: „E un început bun. Ridică vocea de data asta și spune-le ceea ce ai vrea

ca ele să facă, nu doar ceea nu ar trebui să facă". Tatăl a insistat: „Nu pot". Nate i-a spus: „Hai, omule, fă-o".

Ridicând puțin vocea către un nivel de strigăt ușor, Tom a spus: „Rene, taci din gură și ascult-o pe mama ta". Rene s-a uitat la tatăl ei neîncrezătoare și i-a zis: „Tu nu te băga". Nate i-a spus lui Tom atunci: „Continuă, nu o lăsa să te scoată din circuit". Fără ca nici măcar să se uite la Nate, Tom s-a uitat hotărât la Rene și a spus: „Nu-mi spune tu mie ce să fac, domnișoară. Am spus să o asculți pe mama ta și vorbesc serios. O să mă asculți, că altfel..." Rene l-a îngânat: „Că altfel, ce?" Tom s-a uitat la Nate, care stătea împietrit, uitându-se la Rene. Tom a ezitat, așteptând ajutor de la Nate sau Francine. Liniștea s-a adâncit. Într-un sfârșit, Tom s-a întors către Rene și a spus foarte calm: „Că altfel va trebui să pleci din casa noastră. Ai încercat să fii șeful în familia asta, dar s-a terminat. Eu, unul, nu o să mai tolerez asta". Nate a aplaudat încet de două ori și a spus: „Rene, tatăl tău s-a întors".

Intervenția lui Nate a adus schimbarea în această familie și în terapia lor. Pe timpul ședinței, Rene s-a domolit în mod vizibil. Francine părea ușor neliniștită, amețită, dar în curând exprima eliberarea că acum nu mai era nevoie să poarte pe umeri întreaga povară a interacțiunii cu Rene. Era clar că mai era mult de lucru, dar nu am văzut niciodată o schimbare atât de rapidă și de puternică. Prin simplul fapt de a-l direcționa pe Tom, în mod clar și răspicat, Nate transformase structura familiei. Nu puteam să nu mă gândesc, cum stăteam în spatele geamului oglindă: *Ce s-ar fi întâmplat cu familia mea dacă l-am fi întâlnit pe Nate Epstein? De ce nu l-au provocat terapeutul meu sau terapeutul surorii mele sau terapeutul mamei mele pe tata să devină implicat așa cum a făcut-o Nate cu Tom? În loc să susțină fragmentarea familiei, în loc să empatizeze cu durerea noastră, de ce tot acel sistem de terapeuți nu ne-a pus laolaltă ca să ne mai înlăture o parte din motivele suferinței?*

La McMaster am învățat puterea intervenției directe în familii. Am învățat că unii oameni puteau să se schimbe fără o pătrundere psihologică de ordin istorico-genetic și că uneori această schimbare dura și tranforma nu doar persoana în cauză, dar și pe toți ceilalți implicați. Am învățat că uneori le puteai spune direct oamenilor: „Fă-o", iar ei chiar o făceau. Uneori, după cum credeau terapeuții de la Strategic-Mental Research Institute (Institutul de Cercetare Mintală Strategică), era necesar să fii indirect, dacă nu chiar paradoxal, ca să atingi o asemenea schimbare. Totuși, ceea ce a devenit clar pentru mine a fost faptul că nu oricine avea nevoie de intervenții de orientare psihanalitică profunde pentru a se schimba. De fapt, astfel de intervenții, după cum a fost și cazul propriei

familii (credeam eu), puteau întârzia procesul schimbării și depotențializa familia. Nate și ceilalți terapeuți de la McMaster s-au bazat pe punctele lor tari, și nu pe deficitele lor. Dacă schimbarea a fost posibilă cu intervenții directe și puternice, atunci ei au atins-o.

Atunci când terapia de familie eșuează: de la copii la adulți

Dat fiind că am lucrat cu mai multe familii la McMaster și am observat și alți terapeuți, am văzut cum, într-un număr substanțial de cazuri, intervențiile directe schimbau felul în care părinții relaționau cu copiii lor și deplasau limitele și modelele de comportament în cadrul familiei, fără însă ca schimbarea să dureze.

Cu aceste familii de „prim ordin" (Watylawick, Weakland și Fisch, 1974), schimbările ar fi durat o perioadă, după care ar fi trăit „ciclul înapoi" la modurile lor de viață neadaptate. Cu aceste familii și cu multe familii în care chiar era imposibil de ajuns la astfel de schimbări de prim ordin, cel mai adesea problemele maritale erau constrângerile principale în vederea schimbării. Paleta necesară în tratamentul acestor familii era de la o abordare mai behavioristă, orientată pe acțiune, la un tratament marital concentrat afectiv pentru cuplurile intacte și la terapie individuală pentru părinții singuri. Munca de tranziție, de obicei, era concentrată pe modul în care conflictul marital sau depresia parentală interfera cu abilitățile de a participa la creșterea copilului lor sau a adolescentului în mod consistent și/sau potrivit.

Atunci când terapia maritală eșuează: reîntoarcerea la familia-de-origine

În 1975 m-am mutat din Canada înapoi în Chicago pentru a obține o slujbă în cadrul Family Institute of Chicago (Institutul Familiei din Chicago, în prezent The Family Institute la Northwestern University), care de-abia devenise parte a Northwestern Memorial Hospital (Spitalul Memorial Northwestern) și a Northwestern University Medical School (Școala Medicală a Universității Northwestern). La McMaster, majoritatea cazurilor pe care le-am tratat eu se prezentau ca familii cu un copil ca pacient identificat. La Family Institute, majoritatea cazurilor care mi s-au prezentat erau cupluri, în care problema o constituia relația. Inițial am încercat să tratez aceste cazuri cum o făcusem la McMaster atunci când

tratamentul familial devenea tratament marital. M-am concentrat pe „aici și acum", pe directivitatea și claritatea expresiei emoționale dintre parteneri, pe modelele de rezolvare a problemelor și pe intensitatea și exclusivitatea implicării lor unul față de celălalt.

Pe vremea aceea, soția mea, Suzan, și cu mine am ajuns și noi la terapie maritală. Încă de la căsătorie, din anul 1969, relația noastră fusese conflictuală. Am petrecut primele opt luni de terapie discutând despre relația noastră — cum am rezolvat problemele și cum ne-am gestionat sentimentele unuia pentru celălalt. Unul dintre modelele de comportament care mi-au devenit clare a fost că deplasam prea mult din furia mea pentru părinții mei, și în special pentru tatăl meu, pe Suzan. Dacă aveam o interacțiune frustrantă cu părinții mei, o transferam pe Suzan. Cu toate că am devenit conștient de acest model de comportament, eram incapabil să îl schimb.

La acest moment, terapeutul nostru ne-a recomandat să îi chemăm în terapie pe părinții mei. A fost ca și cum mi-ar fi injectat adrenalină direct în vene. Eram înspăimântat de frici și emoții primare — chestia asta o să îi omoare sau el (tatăl meu) o să mă omoare. Pe de altă parte, eram foarte încântat — îmi aduceam, în sfârșit, acasă formarea în terapia de familie. Nate Epstein avea să lucreze într-un final cu părinții mei și cu mine. După multe discuții și planuri, Suzan și cu mine i-am invitat pe părinții mei să ni se alăture la trei ședințe de terapie. Trei s-au transformat în cele mai puternice zece experiențe de terapie din viața mea. Înainte de fiecare ședință, eram un paranoic ajuns la o stare de ruină — văzând insulte peste tot și căutând ceartă cu Suzan fără motiv. După fiecare ședință, eram sleit și extenuat — terminat.

Punctul culminant l-a constituit a șasea ședință. Mama mea era bolnavă și nu a putut veni, drept pentru care nu am fost prezenți decât terapeutul nostru, Suzan, tatăl meu și cu mine. Mă folosisem de ședințele anterioare pentru a ajunge progresiv spre tatăl meu, explorându-mi frica de furia lui și o eventuală retragere. Pe când am crescut, m-am simțit mai confortabil certându-mă cu mama și mai recent cu soția mea, mai degrabă decât să susțin o bătălie cu mult mai distantul și înspăimântătorul tată. În această ședință, cu susținerea lui Suzan și a terapeutului nostru, i-am spus tatălui meu că, dacă nu începe să se apropie de mine ca tată, voi înceta să mai fiu pentru el fiu. El mi-a răspuns defensiv: „Atunci nu îmi vei mai fi fiu". Am replicat atunci cu putere: „Du-te-n mă-ta!" și am izbucnit în lacrimi. Tatăl meu a rămas așezat, fără să mai spună nimic. Am plâns în hohote un ocean de lacrimi. Încă nu am nici o amintire despre cum s-a încheiat ședința.

A doua zi, tatăl meu m-a sunat și m-a invitat să iau prânzul cu el. Această invitație a inițiat o fază nouă în relația noastră, în care mi-a întins mâna așa cum nu o făcuse niciodată până atunci. Eu i-am răspuns cu entuziasm și afecțiune. La sfârșitul următoarei ședințe, ne-am îmbrățișat și ne-am sărutat unul pe celălalt pentru prima dată, din câte îmi aduc eu aminte. Eram cuprins de emoție. La vârsta de 29 de ani, aveam în sfârșit un tată. Puteam să îi spun acum ce mă supărase în relația noastră, iar el mă asculta și încerca să schimbe lucrurile atât cât putea. Acum eram capabil să îmi reglez conturile cu el, mai degrabă decât să le deplasez asupra mamei mele sau a lui Suzan. Nu în mod surprinzător, nivelul de conflict din mariajul nostru s-a diminuat.

După această experiență din terapia maritală cu părinții mei, am început să mă ocup de lucrul cu familia-de-origine și să mă folosesc de ședințe de familie-de-origine cu cupluri, atunci când acestea întâmpinau blocaje la nivelul relației lor. Oricum, în scurt timp, mi-a devenit clar că nu toate familiile reacționează așa cum s-a întâmplat cu familia mea. Povestea mea ilustrează *realizările familiei-de-origine*, în care părinții și copiii răspund constructiv. Modelele noastre de comportament s-au schimbat, iar relațiile dintre mine și părinții mei s-au îmbunătățit. Răspunsurile parentale ilustrează însă, în mod frecvent, și un alt gen de scenariu de rezultate, *zidul familiei-de-origine.* În acest scenariu, părinții nu se schimbă iar ședințele de familie-de-origine consistă din adultul-copil lovindu-se cu capul de zidul parental fără nici un folos. Finalmente, această experiență eșuată îi ușurează adultului copil debarasarea de dorința de transformare a legăturii părinte-copil, o experiență dureroasă, dar care îl maturizează.

Confruntarea cu terapeutul adolescenței mele: anexă la familia-de-origine

O poveste secundară legată de experiența mea din terapia cu părinții mei privește „reîntâlnirea" cu terapeutul cu care lucrasem ca adolescent, în Chicago. Pe când mă întorceam la Chicago, în 1975, obținând o poziție în cadrul Family Institute, am primit un post ca profesor asistent în cadrul Departamentului de Psihiatrie și Științe Behavioriste din Northwestern University. La prima întâlnire a facultății, a Departamentului de Psihiatrie, am fost surprins să văd un psihiatru, pe care îl voi numi John Logan, împreună cu care lucrasem în adolescență. Și el era membru al facultății. Ne-am salutat reciproc, iar el m-a felicitat pentru numirea în acel post.

Un an mai târziu, după experiența mea cu familia din cadrul terapiei de cuplu, am început să fiu foarte furios pe John. De ce a trebuit să aștept 15 ani pentru a avea în sfârșit o relație cu tata, în timp ce John ar fi putut să-l confrunte pe tata sau să mă ajute pe mine să îl confrunt pe tata atunci când eram adolescent? În mod surpinzător, pe vremea aceea, am primit un telefon de la soția lui John, care era doctorandă la Northwestern. Eu predam un seminar postuniversitar foarte popular de evaluare și tratare familială, în Programul de Psihologie Clinică de la Medicină, pentru care de-abia încheiasem înscrierile. Soția lui John m-a întrebat dacă era posibil să o primesc la seminar. Fără a ezita, i-am spus „da". În noaptea aceea, i-am spus povestea lui Suzan, care m-a întrebat: „De ce ai primit-o după ce perioada de înscrieri se terminase?". Eu i-am răspuns: „Pentru a avea ocazia să îi predau cum m-a înșelat soțul ei în relația cu tatăl meu". Ea mi-a răspuns sarcastic: „A, asta chiar e o idee strălucită".

Am realizat că aveam nevoie să vorbesc cu John și nu să mă folosesc de soția lui pentru a-mi comunica gândurile și sentimentele legate de terapia noastră. L-am sunat și el mi-a sugerat să ne întâlnim la o cafea în cabinetul lui. I-am spus că i-am resimțit foarte profund pasivitatea în fața neglijenței tatălui meu și l-am întrebat de ce nu intervenise pentru a încerca și a opri durerea pe care a văzut că tatăl meu mi-o provoca. Mi-a spus că în perioada aceea (1960-1965) faptul de a cere părinților unui adolescent pacient și de a recomanda schimbări de comportament ar fi însemnat pentru un psihiatru orientat psihanalitic echivalentul unui obstetrician care recomanda avortul. Era ilegal. Apoi a cerut scuze. M-am simțit profund marcat de sensibilitatea și sinceritatea lui în fața confruntării mele. Ne-am despărțit prietenește. Din fericire, această întâlnire a scutit-o pe soția lui John de experiența de a fi obiectul mâniei mele față de pasivitatea poziției psihanalitice, și în final, bănuiesc eu, față de pasivitatea tatălui meu în legătură cu diferitele amenințări la fericirea și bunăstarea mea și a familiei mele.

Atunci când lucrul cu familia-de-origine dă greș: spre relațiile cu obiect

La începutul anilor 1980, Frank Harper, în vârstă de 45 de ani, chirurg cardiolog, a venit la mine să scape de „nenorocitul din el". De-abia se mutase de la New York la Chicago, pentru a da curs unei poziții marcante în cadrul unui spital important, și era pe cale să se recăsătorească. Frank și logodnica sa, Helen, care avea să îl urmeze la Chicago în șase luni,

fuseseră în terapie la New York la un terapeut care se concentrase pe larg pe familiile lor de origine. Acel terapeut îi ajutase pe fiecare dintre ei să își vadă moștenirea de la familia-de-origine, fapt care-i tulbura profund, iar Frank îmi fusese trimis în Chicago cu instrucțiuni de la terapeutul lui și de la Helen de a lucra cu el ca pregătire pentru iminenta căsătorie.

Munca noastră de început s-a adresat întrebării a cui terapie era aceasta, a logodnicei lui sau a lui. Voia el să i se adreseze „nenorocitului dinăuntrul său", sau aceasta constituia programul logonicei sale/terapeutului său din New York? Cine ne conducea munca nouă? El a spus că nu știa pe ce anume dorea să lucreze, dar știa că ceva era în neregulă cu el. Dusese de râpă prima sa căsătorie și voia să se asigure că nu o va face din nou. Ne-am concentrat pe experiențele sale timpurii din familia sa de origine.

Tatăl lui Frank pierise într-un accident de avion pe când el avea șapte ani. Mama sa îl trimisese la o școală în regim de internat când avea nouă ani. De atunci nu au mai locuit niciodată împreună în mod constant. Frank a devenit un student furios tăcut, cu un succes extraordinar, un atlet și acum doctor. Terapia anterioară îi făcuse clară ironia muncii sale — faptul de a fi reparat în mod agresiv inimi rănite. Simțea că inima rănită în copilărie avusese ca rezultat modul lui arțăgos de a fi, ceea ce i-a îndepărtat pe soția lui și pe copii de el, abandonându-l din nou. Era înspăimântat că ar fi putut să o îndepărteze și pe Helen și să rămână singur toată viața.

Atunci când Helen vizita Chicago, participa și ea la ședințe, dar mare parte a muncii noastre era individuală. După patru luni, a devenit evident că, deși lucrase mult orientat pe insight pe familia-de-origine, nu își exprimase niciodată sentimentele despre ceea ce se întâmplase direct cu mama sa. Am decis să o aducem pe mama lui Frank în terapie. Locuia în Florida, dar a fost de acord să zboare până la Chicago pentru trei ședințe desfășurate în decursul a patru zile. Ședințele au fost productive: Frank și-a exprimat mânia și supărarea cu privire la ceea ce se întâmplase. Ea l-a ascultat și a fost cuprinsă de remușcări. Știa că își sacrificase fiul pentru scopuri personale, dar chiar și în retrospectivă simțea că putea să îi fi fost mai bine lui în felul acesta decât să fi trăit alături de ea și de depresia ei. Își dorea să fi fost o persoană mai puternică și mai optimistă.

Aceste ședințe au fost purificatoare pentru Frank. Simțea ca și cum o povară i s-ar fi luat de pe suflet, iar relația lui cu mama sa s-a îmbunătățit. Erau mai sinceri și mai deschiși unul față de celălalt și se simțeau mai aproape. Oricum, modul de a fi arțăgos al lui Frank tot mai era

prezent. Le mustruluia pe asistentele care nu îi executau ordinele cu promptitudine, simțea puseuri de furie față de Helen și se simțea tensionat în sine însuși — „ca pe ace".

De vreme ce nu puteam să îl aducem pe tatăl său în discuție, am început să lucrăm pe relația cu tatăl său în imaginația sa. Terminasem programul de formare de trei ani la Gestalt Institute din Toronto, în timp ce mă aflam la studii postuniversitare, și mă simțeam confortabil lucrând pe scaunul gol. Am lucrat pe relația lui cu tatăl său într-o serie de dialog de două scaune. Bărbatul care s-a ivit ca fiind tatăl său era critic, respingător, un om pe care nu te puteai bizui și neglijent. Am fost șocat de calitatea demodată și părtinitoare a reprezentărilor lui Frank despre tatăl său. A fost inclusă și mama sa în dialoguri. Uneori, apărea ca egoistă, lipsită de grijă față de copil și o figură dedată furiei la ideea de a fi abandonată pe unul dintre scaune. Diferența dintre mama interioară din psihicul lui Frank și mama care venise în terapie era izbitoare.

Pe când lucram la toate acestea, am început să experimentez furia lui Frank în mod indirect. Îmi spunea lucrurile într-un mod care părea mânios, fără însă să le facă să sune așa. Nu eram sigur că percepția mea era corectă, dar m-am simțit din ce în ce mai tulburat. Dacă întârziam la o ședință, mă acuza că eram nervos pe el și că manifestam acest lucru. Mă simțeam ca și cum întorcea lucrurile pe dos — el era psihologul și eu pacientul. Când m-am dus la un seminar în Seattle, m-a acuzat în glumă că zburam cât de departe puteam pe continentul Statelor Unite pentru a scăpa de el — pentru că era prea mult pentru mine.

Toate aceastea au venit laolaltă în mod surprinzător. Pe 25 martie, de ziua mea, eram într-un magazin de încălțăminte în Chicago cumpărându-mi o pereche nouă de pantofi, de departe mult prea scumpi, drept cadou de ziua mea. Pe când probam pantofii, Frank a intrat în magazin. În timpul discuției, am comentat că îmi cumpăram un cadou de ziua mea. Părea amețit. L-am întrebat ce era în neregulă, iar el mi-a răspuns: „Astăzi este și ziua de naștere a tatălui meu". În acel moment am realizat că, în ciuda diferenței de aproape 15 ani dintre noi, în ciuda faptului că mă simțeam ca un copil în relația cu acest bărbat, reprezentam o figură paternă pentru el. Transferul se produsese, iar el lucra la conturile nerezolvate dintre el și tatăl său prin mine.

În ședințele următoare, am început să explorăm ce însemnam eu pentru el, modul în care această semnificație se schimbase în timp, fricile și anxietățile și dorințele care erau jucate cu mine. Prin identificare proiectivă cu Frank, ca obiect al nesiguranței mele, „i"-am simțit tulburarea. „I"-am simțit furia atunci când eram acuzat și judecat de el. Era cu

siguranță îngrozit că l-aș abandona — că era mult prea mult pentru mine, după cum trebuie să fi simțit că era mult prea mult pentru tatăl și mama sa. Pe când am explorat relația noastră, lucrul cu cele două scaune a ieșit din joc. Energia era acum în relația noastră și acolo s-a concentrat terapia.

Frank a început să nu se mai agite atât. După ce a realizat că nu era prea mult pentru mine și că nu aveam să-l abandonez, s-a relaxat. A început de asemenea să își înțeleagă relația cu Helen și, într-o oarecare măsură, pe cea cu fosta soție, nu doar în termeni simpliști de transfer de genul „ea e mama mea", ci în termeni de cum fiecare dintre ei a luat diferite aspecte ale reprezentărilor internalizate și transformate ale părinților și ale lor înșile. Dat fiind că a început să observe și să gestioneze acest proces din sine însuși, relația lui cu Helen s-a îmbunătățit. Comentariul ei a fost că el părea mult mai matur și mai echilibrat.

Terapia lui Frank m-a ajutat să trec dincolo de poverile transgenerationale și să direcționez lucrul cu familia-de-origine în două moduri. Mi-am dat seama că uneori transformările aici și acum ale familiei-de-origine nu afectează în mod substanțial reprezentările internalizate și transformate ale familiei și ale sinelui — relațiile cu obiect. Dacă relațiile cu obiect ar fi constrângeri primare pentru schimbare, ar trebui să fie adresate în mod potrivit. În al doilea rând, am învățat să apreciez cum relațiile cu obiect puteau să fie jucate și cum puteau să dispară în transferul cu mine. Relația noastră a devenit vehiculul înțelegerii și transformării. Odată ivite aceste realizări, ceea ce m-a șocat a fost faptul că reveneam de unde începusem — psihanaliza. Nu psihanaliza clasică, pe care familia mea o experimentase, ci una înnoită, o metodă psihanalitică mai relațională și mai activă.

Atunci când terapia psihodinamică dă greș: vindecarea sinelui

După câțiva ani de terapie maritală, Suzan și cu mine am realizat că terapia noastră nu mai dădea rezultate. Învățasem lucruri substanțiale, ne diminuaserăm conflictele, ne echilibraserăm și egalizaserăm relația și ne concentraserăm mai mult unul pe celălalt. Mai experimentam totuși conflicte și ne petreceam mult timp distanți unul față de celălalt, dar relația noastră era mai bună. Am decis să punem capăt terapiei maritale. Oricum, eu tot mă simțeam neîmplinit din punct de vedere personal și am început să îl văd pe terapeutul nostru pentru terapie individuală.

Lucrul meu individual s-a concentrat, în primul rând, pe folosirea în mod constructiv a agresivității mele la lucru și pe proiecțiile și transfe-

rurile asupra lui Suzan. Terapeutul meu mă susţinea foarte mult şi mă încuraja să urmez această direcţie, orice ar fi însemnat aceasta. Nu eram obişnuit să am un bărbat de partea mea care să mă încurajeze şi să mă susţină. Acest fapt m-a ajutat enorm în munca mea, unde deveneam mai eficient şi mai de succes. Oricum, o dată ce am împins lucrurile spre a lucra pe relaţia mea cu Suzan, m-am lovit de un zid în interiorul meu. Puteam să îmi înţeleg transferurile şi cum se manifestau cu Suzan, şi puteam să abordez transferurile mele cu terapeutul, dar eram blocat. Cu cât ne apropiam mai mult de sursa anxietăţilor mele, cu atât deveneam mai anxios. După aproape doi ani de terapie, de două ori pe săptămână, terapeutul mi-a recomandat analiza. Din punct de vedere economic şi emoţional nu eram pregătit şi nici decis să pun capăt terapiei. Faptul de a părăsi acea terapie mi se părea foarte trist. M-am simţit ca un copil nedreptăţit. Şedinţele finale au fost umplute cu lacrimile mele.

Trei ani mai târziu, cercul s-a închis şi m-am întors la terapia pe care nefericita mea familie o îmbrăţişase cu peste 40 de ani în urmă. Am decis, spre 40 de ani, să mă arunc, în sfârşit, în analiză. Mă simţeam blocat înăuntrul meu şi nu voiam să îmi petrec restul vieţii în felul acela. Încercasem în mod virtual orice altceva, iar analiza era singurul lucru care îmi rămăsese. Atinsesem culmi considerabile, dar încă mă simţeam înspăimântat şi tulburat de munca mea. Căsătoria mergea mai bine, dar intimitatea încă mă înspăimânta. După intervievarea mai multor analişti, am găsit „o bufniţă înţeleaptă" mai bătrână pe care o simţeam că putea vedea prin mine. Orientarea lui era în primul rând, dar nu în mod exclusiv, psihologia sinelui (Kohut, 1971, 1984). Am început.

Una dintre cele mai importante experienţe ale analizei era complet nonverbală. În mod obişnuit, zburam la şedinţa analitică în mijlocul după-amiezei, din tumultul crizelor diferite de lucru. Preluasem frâiele Family Institute şi încercam să conduc într-o perioadă de tranziţii organizatorice foarte mari. Încercam în acelaşi timp să îmi continui şi practica, să scriu o carte, să fac muncă de cercetare, să predau şi să am o familie. Dormeam foarte puţin. Loveam canapeaua şi îmi descărcam toate frustrările şi tensiunile. După care rămâneam în tăcere. Încă din timpul copilăriei nu reuşeam să dorm după-amiaza. Atunci când pleoapele îmi deveneau grele, mă luptam cu ele. Începeam să vorbesc şi să „lucrez". Pacienţii cuminţi nu adormeau, irosindu-şi astfel timpul şi banii. Analistul meu nu a intervenit. El doar m-a privit.

După multe luni de astfel de luptă, am început să îmi permit să adorm uşor. Treceam într-o stare de vis profundă, după care mă trăgeam înapoi

în realitate. Povesteam visele. Cel puțin mă foloseam de faptul că adormeam într-un mod productiv, nu numai în sensul de „somn de după-amiază". Oricând mă trezeam, mă uitam la terapeut să văd dacă și el adormise. El însă mă privea și aștepta răbdător, dacă nu iubitor. În sfârșit, m-am lăsat în voia adormirii și mi-am permis să trag câte un pui de somn. Adormeam timp de cinci-zece minute, după care mă trezeam înviorat și activ. El tot acolo era. Nu m-a părăsit atunci când m-am oprit din reprezentare. Era o altfel de liniște decât cea pe care o cunoscusem stând în mașină cu tatăl meu. Am început să mă simt în siguranță — că puteam să mă relaxez profund în timpul ședințelor, fără să fiu abandonat. El îmi era ca o mamă bună — indiferent dacă dădeam reprezentații sau pur și simplu eram acolo.

Pe parcurs ce se desfășura acest proces, în viața mea au intervenit două schimbări. Am început să mă simt mai puternic în mine însumi — mai puțin vulnerabil din punct de vedere narcisic. Nu trebuia să fiu pe poziție și vigilent tot timpul. Nu eram la fel de ușor de rănit sau de înspăimântat. Puteam să îmi văd de lucrurile pe care le aveam de făcut, fiind mai puțin preocupat de ceea ce credeau sau spuneau alții despre mine. A doua schimbare era că puteam să trag un pui de somn atunci când mă simțeam obosit. Dezvoltasem capacitatea de a adormi scurt (preț de cinci sau zece minute), după care să revin revigorat și activ. Această nouă capacitate era un dar pe care îl descoperisem în mine. Era un dar cu care puteam să mă alin și să mă reîmprospătez.

Analiza a continuat să mă facă mai puternic și să mă relaxeze. Acest proces are de-a face foarte puțin, dacă nu deloc, cu cuvintele. Are de-a face însă cu relația dintre analist și mine. Intensitatea și durata analizei — întâlniri de trei sau patru ori pe săptămână, timp de ani întregi — i-au permis analistului meu să mă pătrundă la un nivel mai profund decât orice alt analist de până atunci. Analiza mi-a conferit destulă putere pentru a tolera și a crește din schimbările necesare care aveau să survină în căsătoria mea, făcând din mine, în final, un soț și un partener mai bun. Cred, de asemenea, că analiza m-a făcut și un mai bun terapeut, psiholog și șef la Family Institute. Am devenit mai puțin vulnerabil la injuriile narcisice inevitabile, care sunt parte componentă a părții de conducere a unei cariere relativ înalte ca rang și a unei instituții de sănătate mintală importante, legată de o importantă universitate de cercetare. Optimismul meu emoțional a crescut în mod substanțial, răsfrângându-se asupra tuturor domeniilor importante ale vieții mele.

Integrarea personalului și profesionalului — tapiseria

Multiplele mele terapii personale — incluzând formatele individual, marital și de familie —, timp de mai bine de 40 de ani, au avut un impact profund asupra mea, profesional și personal. Experiența mea ca psiholog clinic, cercetător în psihoterapie și terapeut de familie, din ultimii 28 de ani, m-a afectat profund, profesional și personal. Ca persoană stăpânită de integraționism, am încercat să împletesc aceste experiențe personale și profesionale într-un cadru coerent și care să poată fi predat mai departe în vederea înțelegerii și practicării psihoterapiei. Așa cum am menționat la începutul acestui capitol, fiecare dintre aceste experiențe a contribuit în mod semnificativ la crearea terapiei integrative centrate pe problemă, modelul meu asupra modului în care pot fi folosite terapiile de familie, individuale, biologice, cu maximă eficacitate și eficiență.

La început, la McMaster, mi se părea evident că una dintre cheile succesului lor era orientarea pe rezolvarea de probleme și accentul pe prezentarea problemelor. Nu încercau să schimbe fiecare aspect al familiei fiecărui pacient, ci mai degrabă să îi ajute să își rezolve problemele pentru care căutau ajutor. Mergeau direct la țintă și erau pragmatice, încercând intervențiile cele mai simple și cele mai directe înainte de a recurge la unele mai complexe și mai indirecte. După încurcătura psihanalitică a familiei mele de origine, această orientare simplă, directă și concentrată mi s-a părut extraordinară și foarte interesantă. A devenit temelia modelului centrat pe problemă. Modelul este concentrat asupra prezentării de probleme — problemele pentru care pacienții caută ajutor la un moment anume. Acesta este locul de unde începe, în mod obișnuit, terapia.

În sfârșit, sunt cel mai interesat în contextele secvențiale în care apar problemele — ceea ce numesc secvența problemei. Transformarea secvenței problemei într-o secvență adaptativă alternativă este primul scop al procesului terapiei centrate pe problemă. Mai mult, analiza contextului secvențial — ceea ce precede și succede apariția sau intensificarea prezentării problemei —, în general, oferă cele mai bune indicii ale naturii structurii de menținere a problemei fundamentale.

Un concept-cheie, care a apărut după ce mă mutasem la Chicago, a fost ideea structurii de menținere a problemei. Ceea ce mi-a atras atenția în mod repetat în timpul primilor 10 ani de practică a fost imposibilitatea prezicerii răspunsului pacienților la intervențiile mele. Am văzut pacienți etichetați „borderline" care au răspuns rapid și surpinzător la intervenții directe behavioriste. Am văzut, de asemenea, cupluri tinere, la un înalt

grad de funcționare, care căutau consiliere premaritală și care erau blocați într-o luptă chinuitoare unul cu celălalt, nerăspunzând la altceva decât la psihoterapie profundă, de lungă durată. Încetul cu încetul, am ajuns să cred că trăsăturile de suprafață ale prezentării problemei sau tulburării, la fel ca și trăsăturile de suprafață ale unei familii aveau o legătură prea mică cu lucrul de care urmau să aibă nevoie în terapie. De fapt, în două cazuri care păreau destul de similare, putea să se ajungă la intervenții foarte diferite.

Plecând de la o astfel de gândire, a început să se întrevadă un set de principii. De vreme ce nu pot cunoaște structura de menținere a problemei dinainte, locul cel mai bun de unde se poate începe este intervenția cea mai simplă, cea mai directă și cea mai puțin costisitoare. Dacă aceasta nu dădea rezultate, atunci puteam să devin mai fantezist (mai complex, și, indirect, mai scump). Cu alte cuvinte, presupuneam că sistemul pacientului era sănătos până la proba contrarie. Prin „sănătos" înțeleg capabil să răspundă la intervenții directe, simple și deschise într-un timp relativ scurt. Povara mărturiei era ca sistemul pacientului să-mi demonstreze că pacientul avea nevoie de o intervenție mai complexă și mai indirectă. Dacă mă înșelam, contrar experiențelor mele anterioare timpurii cu modelul psihanalitic, mă înșelam în favoarea sănătății, nu a patologiei. Trebuia ca pacienții să mă convingă că nu puteau să se schimbe.

Dat fiind că gândirea mea a evoluat, a început să ia formă o matrice conceptuală (vezi fig. 12.1) cu trei dimensiuni verticale și șase orizontale. Cele trei dimensiuni verticale sunt: (a) familie/comunitate; (b) cuplu și (c) individual. Acestea reprezintă cele trei *contexte* primare în care tratamentul se desfășoară. Cele șase dimensiuni orizontale sunt: (1) behaviorist; (2) biobehaviorist; (3) experiențial; (4) familia-de-origine; (5) psihodinamic; (6) psihologia sinelui. Aceste dimensiuni sau niveluri ale *matricei* conțin fiecare teorii diferite despre modul în care problemele se dezvoltă, sunt menținute și se rezolvă. Mai semnificativ decât atât, nivelurile și contextele de intervenție sunt succedate conform principiilor de cost-eficiență, simplicitate și directivitate.

Săgeata care merge din partea din stânga sus a matricei către cea mai de jos din dreapta reprezintă mărimea progresiei sau macroprogresia intervențiilor în terapia centrată pe problemă. Progresia secvențială prin niveluri și în josul matricei se întâmplă în fața eșecurilor intervenției nivelului curent în a rezolva problema prezentată.

Matricea este denumită matrice de evaluare/intervenție, pentru că evaluarea și intervenția în cadrul acestul model sunt activități

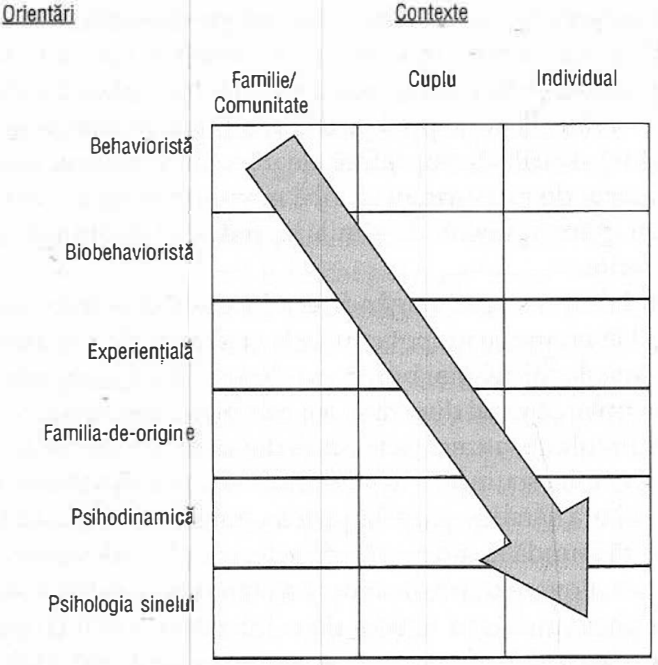


Figura 12.1 Matrice de evaluare/intervenție

inseparabile și se desfășoară concomitent, cuprinzând terapia de la primul telefon până la ultimul la revedere. Terapia este, în mod simultan, (1) o inițiativă intensivă de a explora și transforma secvența problemei și a structurii menținerii problemei subsidiare și (2) un mod de a învăța despre structura menținerii problemei, setul de constrângeri care previn schimbarea, pe când încercăm să o transformăm. De fapt, eforturile spre transformare relevă natura constrângerilor. Terapia, pentru toți pacienții, este atât educațională, cât și un efort de transformare.

Provocarea de a face ceva, atunci când ceea ce faci nu mai merge, a constituit forța transformării în viața mea personală și profesională. Din nefericire, în societatea noastră și în sistemele noastre educaționale nu suntem încurajați să încercăm ceva și să riscăm să eșuăm. Capacitatea noastră naturală de a greși și de a învăța din greșeli este falsificată încă din școala primară. Avem nevoie să învățăm să ne acceptăm greșelile ca oportunități de învățare și creștere. Nu există învățare fără greșeli. Acest mesaj a fost forța centrală în dezvoltarea modelului centrat pe problemă și a fost esențial în creșterea mea ca persoană, soț și tată. Trebuie

să ne învățăm pe noi înșine, pe colegii noștri, pe studenții noștri, pe pacienții noștri să accepte greșelile și să învețe din ele. Aceasta este adevărata educație și terapie.

Terapia terapeutului: procese distincte?

Reflectând la experiențele mele ca pacient în psihoterapie peste ani și reflectând și la experiența mea în tratarea multor profesioniști în sănătatea mintală, îmi pun o întrebare: există vreo distincție în ceea ce privește tratamentul psihoterapeutic al psihoterapeuților? Răspunsul meu candid și oarecum surprinzător (pentru mine) este că nu. Profesioniștii în sănătatea mintală nu sunt cu nimic diferiți în psihologia lor și nevoile în și de terapie față de ceilalți pacienți. Greșeala pe care unii terapeuți o fac este să creadă că terapeuții ca pacienți sunt diferiți — că vor avea mai multă pătrundere psihologică sau că vor avea mai multe rezistențe, că vor fi mai cooperanți ori că vor fi „mai buni" sau „mai răi" decât alte persoane.

Actul de echilibru critic în tratarea psihoterapeuților este de a nu fi seduși de a crede că sunt mai buni sau mai răi decât oricine altcineva și, în același timp, de a li se acorda respectul cuvenit pentru dorința lor de a se ajuta pe ei înșiși și pe alții. Știu că, atunci când mi-am selectat psihanalistul, l-am selectat pentru că eu credeam că nu exista nici un mod în care să încerc să îl seduc psihologic. Am simțit că putea să vadă dincolo de tot „rahatul" meu, iar în același timp putea să mă respecte și să mă valorizeze. Nu era impresionat peste măsură de recomandările mele profesionale, dar credința lui în capacitatea mea de a fi un om bun, un psiholog bun, un psihoterapeut bun și un lider instituțional m-a susținut.

În mod similar, atunci când eram în terapie de cuplu, dorința terapeutului meu de cuplu de a mă lua în seama lui și de a mă face sau de a mă ajuta să îmi aduc contribuția la problemele noastre maritale era esențială pentru succesul acelui tratament. În cele din urmă, nu era sedus de reputația mea în ascensiune ca terapeut marital și nu a lucrat niciodată conspirativ în deficitul soției mele (în ciuda eforturilor depuse de mine la acea vreme de a elabora un astfel de aranjament conspirativ). În același timp, am simțit că mă aprecia din punct de vedere profesional.

În ambele din cele două importante terapii din viața adultă (de cuplu și analiză), m-am simțit provocat în mod constructiv și acceptat și, deopotrivă, respectat personal și profesional. Acest act echilibrat de

suport/valorizare și confruntare a fost un ingredient terapeutic esențial în terapiile mele personale. Analistul meu putea să mă confrunte cu naivitatea mea șocant de mare într-una dintre ședințe, iar în următoarea să îmi recomande un cuplu pentru terapie. În mod similar, terapeutul meu de cuplu mă suna în timpul săptămânii cu o recomandare, după o ședință în care plânsesem necontrolat cu gândul la perspectiva de a termina terapia de cuplu și de a-mi pierde relația cu el.

În munca mea cu terapeuți pacienți, cea mai mare eroare de peste ani a fost aceea de a asuma că sunt altfel decât celelalte persoane. Am fost autosedus de terapeuți pacienți în nenumărate moduri — flatat că un astfel de coleg stimat m-ar alege pe mine pentru terapie; bineînțeles că ea sau el va fi integrat în viața ei sau a lui pătrunderile psihologice din propriile scrieri și învățături; cu siguranță că un terapeut nu ar fi niciodată capabil să acționeze distructiv și periculos față de sine însăși/însuși, cu soțul/soția sau cu mine.

O capcană deosebit de periculoasă de evitat este crearea unei alianțe pseudoterapeutice cu psihoterapeutul pacient care este membru al unui cuplu sau al unei familii pe care o tratez. Este invariabil o greșeală să tratezi acel membru al familiei ca pe un coterapeut sau ca pe un aliat special. Pe de altă parte, este extrem de important să nu depreciezi sau să nu înjoșești terapeutul pacient în nici un fel. Stima de sine profesională a terapeutului trebuie protejată, fără a crea însă o taxă de protecție care să împiedice persoana să își aducă contribuția la lucrul cu problemele. În mod frecvent, membrii familiei îi vor blama pe membrii terapeuți ai familiei lor pentru faptul de a nu practica în familie ceea ce predau studenților sau ceea ce practică împreună cu pacienții lor. O astfel de blamare ar trebui evitată cu orice preț, iar dificultatea de a practica împreună cu soția/soțul sau copiii ceea ce încerci să obții împreună cu pacientul ar trebui recunoscută.

Reflecții șamanice

Reflectând la întrebarea dacă este ceva unic și/sau special în tratamentul psihoterapeuților pacienți, am fost șocat de o relație zguduitoare. Gândindu-mă la practica mea din ultimii 28 de ani din Chicago, mi-am dat seama că, în ceea ce mă privește, cele mai satisfăcătoare cazuri din cele cu care am lucrat erau cupluri în care unul sau ambii membri erau terapeuți sau indivizi care erau ei înșiși terapeuți. Aș putea adăuga cu ușurință că unele dintre cele mai nesatisfăcătoare și cele mai dificile cazuri

erau tot de psihoterapeuți. Oricum, surprinzător pentru mine a fost recunoașterea faptului că se întâmplase ceva unic și extrem de puternic în tratamentul oferit de mine terapeuților.

Care erau calitățile acelor terapii care le-au făcut atât de puternice și atât de satisfăcătoare? Două astfel de calități se evidențiază în mod aparte. Prima este aceea că în fiecare dintre cazuri terapeutul se lupta cu o istorie personală de neglijență și/sau abuz substanțial/ă în copilărie, moștenire care îl/o împiedica în capacitatea de a iubi sau a lucra eficient. A doua era dorința intensă a acestor terapeuți pacienți de a-și regla conturile și, dacă era posibil, de a-și depăși această moștenire de abuz și/sau neglijență. Acești pacienți doreau să fie capabili să iubească și să muncească bine și se străduiau din răsputeri să le facă pe amândouă. Cred că această combinație de moștenire a unei dureri, combinată cu înalte aspirații personale psihosociale, mi-a oferit o oportunitate specială și de preț de a asista la transformarea vieților acestor persoane. În mod invariabil, aceste tratamente au cuprins mulți ani de terapie și au reprezentat o oportunitate pentru pacienții terapeuți să mă folosească pe mine și relația lor cu mine ca bază sau context pentru propria transformare personală. Uneori, în aceste terapii, le-am fost mamă, tată, frate, soră, supervizor, mentor, antrenor sau prieten, fără să fi părăsit vreodată rolul bine definit și circumscris de terapeut. În sfârșit, m-am simțit extrem de marcat și privilegiat să fiu, în mod confidențial și intim, martor al acestei transformări personale.

Atunci când scriu acestea, mă surprind gândindu-mă la studiul asupra șamanismului, parte a specializării principale în istoria religiei la Wesleyan. De obicei, pentru a deveni șaman într-o cultură așa-zis primitivă sau naivă, trebuia să fie ceva în neregulă cu tine. Erai „alesul" în virtutea faptului că aveai o problemă specială sau o vulnerabilitate — auzeai voci speciale, vedeai lucruri speciale, simțeai o durere profundă și cunoșteai suferința. Dar, pe lângă această calitate a „vulnerabilității speciale", candidații la șamanism doreau să cunoască și să învețe cum să lucreze cu aceste lumi ale spiritelor, sublumea forțelor, entităților și a evenimentelor nespuse în mod normal. Ei aveau această combinație specială de vulnerabilitate și ambiție psihosocială. Au suferit, dar voiau să înțeleagă și să ajungă la o concluzie privind cauzele acestei suferințe, astfel încât să sufere mai puțin și să diminueze suferința celorlalți.

Educația candidatului la șamanism prevedea ca cel mai bătrân dintre șamani să îl învețe pe șamanul în formare despre el însuși sau ea însăși ducându-l/o în incursiuni în acea sublume, pentru a lucra ceea ce era de lucrat asupra sinelui, după cum era nevoie, astfel încât să învețe despre

natura acestei sublumi pentru ca el sau ea să îi poată ajuta pe alţii. Poate că tocmai combinaţia de vulnerabilitate şi ambiţie din terapeuţii pacienţi şi oportunitatea terapeuţilor lor de a-i ajuta în ei înşişi/ele însele şi de a-i învăţa despre ei înşişi/ele însele şi despre lumea obscură a structurilor menţinerii problemei sunt cele care fac aceste psihoterapii atât de speciale şi de puternice. Şi este ciudat când te gândeşti că, în crearea şi angajarea în aceste psihoterapii, participăm la o tradiţie de transformare personală şi profesională care a caracterizat specia noastră de la începuturi.

NOTĂ

1. Numele şi unele dintre informaţiile de identificare ale pacienţilor şi ale unora dintre terapeuţii din acest capitol au fost modificate pentru a le proteja confidenţialitatea şi anonimatul.

Bibliografie:

Boszormenyi-Nagy, I., şi Framo, J. (editori), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects*, Harper and Row, New York, 1969

Eliade, M., *Shamanism: Archaic techniques of ecstasy*, Pantheon, New York, 1964

Kohut, H., *The analysis of the self*, International Universities Press, New York, 1971

Kohut, H., *How does analysis cure?*, University of Chicago Press, Chicago, 1984

Lommel, A., *Shamanism: The beginnings of art*, Mc Graw-Hill, New York, 1967

Pinsof, W.M., „Integrative problem-centered therapy: Toward the synthesis of family and individual psychotherapies" în *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 1983, pag. 19-35

Pinsof, W.M., *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of biological, individual and family therapies*, Basic Books, New York, 1995

Pinsof, W.M., „Integrative problem-centered therapy" în J. Lebow şi F. Kaslow (editori), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 4. Integrative and eclectic*, Wiley, New York, 2002, p. 341-366

Watzlawick, P., Weakland, J. şi Fisch, R., *Change: Principles of problem formation and resolution*, Norton, New York, 1974

Rezultatele cercetării: Beneficierea de terapie personală

Capitolul 13

Prevalența și parametrii terapiei personale în Statele Unite

de John C. Norcross și James D. Guy

Vasta majoritate a profesioniștilor în sănătatea mintală din Statele Unite, independent de disciplina lor profesională, au beneficiat de tratament personal. Terapeuții femei, măritate, orientate pe insight, caută cel mai adesea terapie; terapeuții behavioriști și profesorii frecventează cel mai puțin, orientându-se pe terapia de scurtă durată. Psihoterapeuții au primit, în mod obișnuit, tratament personal în două sau trei tranșe rezervate, aceasta tinzând să fie regula. O altă normă o constituie reîntoarcerea la terapia personală, după terminarea formării. Terapia personală este, în aceste cazuri, ca format, individuală, iar ca poziționare, o practică privată.

În cele ce urmează vom detalia toate aceste concluzii, trecând în revistă rezultatele multiplelor studii legate de experiențele de terapie personală ale psihologilor, psihiatrilor, lucrătorilor sociali, consilierilor și ale altor profesioniști în sănătatea mintală, practicieni în Statele Unite ale Americii. Capitolul 14 se referă la prevalența și parametrii terapiei personale în rândul profesioniștilor în sănătatea mintală în lume.

Obiecții metodologice

Datele luate în considerare în acest scurt capitol sunt adunate dintr-o serie de studii publicate, toate categorisite după criteriul autoevaluării. Fiecare studiu a aplicat un chestionar sau o metodologie de cercetare, fără a fi supusă autoevaluarea unei verificări independente a veridicității sau acurateții ei. Studiile sunt ilustrative, nu exhaustive, ca scop. Rata de răspunsuri a variat considerabil și putem concluziona în mod sigur că, în general, jumătate din numărul de potențiali profesioniști în sănătatea mintală nu a participat la studiu. Astfel, există o posibilitate clară

ca tendința răspunsurilor să încline în direcția acelor terapeuți ale căror istorie personală și orientare teoretică i-au condus către beneficierea de tratament persoanal mai frecvent. Mai mult decât atât, psihiatrii sunt reprezentați în număr relativ mic în raport cu mărimea eșantionului, fapt cauzat atât de numărul mai mic de studii efectuate în această disciplină, cât și de rata lor de răspuns mai scăzută (Sudman și Bradburn, 1984). Psihologii, pe de altă parte, sunt reprezentați în număr foarte mare, atâta vreme cât o bună parte din cercetarea din acest domeniu a fost condusă de psihologi pe colegii lor psihologi. În sfârșit și în mod evident, rezultatele sunt în totalitate restrânse la profesioniștii în sănătate mintală din Statele Unite.

Prevalența terapiei personale

Estimări generale

Tabelul 13.1 rezumă prevalența psihoterapiei personale în rândul profesioniștilor în sănătatea mintală din Statele Unite, bazându-se pe 14 studii. Rezultatul universal este că majoritatea profesioniștilor respondenți au beneficiat de cel puțin un episod de tratament ei înșiși; de fapt, procentele mediei și medianei se grupează în jurul unui interval de 72-75%. Prevalența estimată este astfel de aproximativ trei sferturi, cu minime de 53% (pentru behavioriști) și maxime de 98% (pentru psihanaliști).

Prevalența terapiei personale nu s-a schimbat dramatic în timp. Putem compara, pentru o exemplificare directă, incidența estimată raportată de Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988) cu rezultatele obținute de Henry, Sims și Spray (1973), cu aproape 20 de ani mai devreme: 75% și 76% reprezentate de psihologi; 67% și 67% de psihiatri, 72% și 65% de lucrători sociali clinicieni.

După cum se poate spune, prevalența tratamentului personal pentru profesioniștii în sănătatea mintală este mult mai mare decât pentru populația generală adultă din Statele Unite. Cele mai bune estimări, culese din recensământuri naționale și studiile epidemiolgice naționale (cum ar fi: Kessler și alții, 1994; Swindle, Heller, Pescosolido și Kikuzawa, 2000), relevă că între 25 și 27% dintre adulții americani au primit îngrijire medicală mintală de specialitate, o categorie mai inclusivă decât psihoterapia. Această rată de utilizare de viață, asumând un set de servicii mult mai inclusive decât psihoterapia, variază între o treime și o jumătate dintre profesioniștii în sănătate mintală. Desigur, acestea sunt estimări

generale. Este bine stabilit că, proporțional, mai mult femeile, persoanele tulburate acut și categoria de pacienți cu un statut socio-economic mai înalt sunt cele care primesc îngrijire din punctul de vedere al sănătății mintale mai frecvent, iar aceste caracteristici descriu în mod corespunzător profesioniștii în sănătate mintală ca grup.

Prevalența după formare

Tăcerea colectivă din această profesie, atunci când este vorba despre terapia personală, a creat o iluzie conform căreia majoritatea profesioniștilor din domeniul sănătății mintale nu experimentează nevoia de terapie personală odată ajunși în practică (Guy și Liaboe, 1986). Oricum, dovezile acumulate resping orice astfel de iluzie: chiar și cei mai experimentați clinicieni se folosesc de fapt de serviciile pe care le oferă.

Cele cinci studii identificate, care menționează în mod specific prevalența tratamentului după terminarea formării, indică faptul că aproape jumătate dintre profesioniștii cu experiență din sănătatea mintală s-au întors în terapie personală. În studiul său asupra a 141 de psihanaliști (rată de răspuns de 77%), Goldensohn (1977) a descoperit că 55% au beneficiat de tratament personal postformare, 38% au beneficiat de psihanaliză, iar 43% de altă formă de terapie (cel mai adesea terapie de grup, terapie de cuplu și terapie de familie). În studiul lor asupra a 86 de psihiatri (rată de răspuns de 77%), Greden și Casariego (1975) au raportat că 43% au reînceput terapia personală. Grunebaum (1983), din interviurile aplicate psihoterapeuților cu experiență, a descoperit că 55% s-au întors în psihoterapie. În studiul lor asupra a 318 psihologi (rată de răspuns de 44%), Guy, Stark și Poelstra (1988) au menționat că 62% s-au întors în terapie personală după absolvire. În studiul asupra 321 de psihologi clinicieni (65% rată de răspuns), Darongkamas, Burton și Cushway (1994) au raportat că 54% au căutat pentru prima dată terapie personală după terminarea formării.

În concluzie, mai multe studii vorbesc despre reinițierea terapiei personale după formare, în timp ce altele se referă la participarea inițială în psihoterapie după terminarea studiilor. Dincolo de studii însă și dincolo de discipline, terapeuții practicieni experimentați caută, în mod obișnuit, psihoterapie pentru ei înșiși.

Așa cum este cazul atât de des, Freud a anticipat rezultatele cercetărilor cu mulți ani în urmă. El a recomandat ca analistul să reînceapă tratamentul personal, recunoscând faptul că practica psihoterapiei expune

Tabelul 13.1. Prevalența psihoterapiei personale în rândul profesioniștilor în sănătatea mintală în Statele Unite

Studiu	N	*Profesia*	*Rata de răspuns*	*Prevalența*	*Durata terapiei*
Deutsch (1985)	85	Psihologi	42%	66% (pentru toți)	Nespecificat
	117	Asistenți sociali			
	62	Alți terapeuți			
Guy, Stark, și Poelstra (1988)	318	Psihologi	44%	82%	Medie total ore = 309.8 Mediana ore = 158 Număr de ore = 2-2000+
					Media episoadelor:
Henry, Sims și Spray (1971)	1,465	Psihologi	67%	75%	Psihologi = 1.9
	733	Psihiatri	46%	65%	Psihiatri = 1.6
	1,154	Asistenți sociali	68%	64%	Asistenți sociali = 1.8
	638	Psihanaliști	54%	98%	Psihanaliști = 1.8
Holzman, Seawright și Hughes (1996)	1,018	Psihologi în formare	50%	75%	Medie săptămâni = 75.1 Medie ședințe = 130.1
Kelly, Goldberg, Fiske și Kilkowski (1978)	156	Psihologi	81%	60%	Nespecificat
Liaboe, Guy, Wong și Deahnert (1989)	232	Psihologi	46.4%	56%	Nespecificat
		Association for the Advancement of Behavior Therapy (Asociația pentru Dezvoltarea Terapiei Behavioriste)	53%		
Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988)	314	Psihologi	65%	75%	Medie nr. episoade = 2.3
					Mediana ore pentru:
	159	Psihiatri	34%	67%	Prima terapie = 50
	237	Asistenți sociali	50%	72%	A 2-a terapie = 49 A 3-a terapie = 100

Norcross, Farber și Prochaska (1993)	481	Psihologi	48%	80%	Medie ore = 336 Abatere standard = 321 h Număr de ore = 3 — 2000+ Mediana ore = 200
Norcross, Geller și Kurzawa (2000)	328	Psihologi	35%	89%	Medie și Mediană nr. de episoade = 3 Abatere standard = 1.6 Mediana ore = 150 Media total ore = 370
Norman și Rosvall (1994)	78 288 20	Psihologi Asistenți sociali Terapeuți maritali și de familie	43% (pentru toți)	67% 56% 65%	Durata terapiei: 41% ≤ 3 luni 17% = 4-6 luni 12% = 7-12 luni 30% ≥ 1 an
Orlinsky și alții (cap. 14)	964	Diverse discipline	Necunoscut	88%	22% terapie în curs 59% au avut > 1 episod de terapie Media = 4.4 ani în terapie
Patterson și Utesch (1991)	51	Terapeuți de familie în formare	90%	64%	Medie durată = 7 luni Distribuție = 1 lună-5 ani
Prochaska și Norcross (1983)	410	Psihologi	41%	83%	Medie ore = 297 Abatere standard = 314 Mediana ore = 175 Număr de ore = 0-600
Voigt (1998)	88	Conducători de formare clinică	50%	78%	Medie nr. ore = 85 Mediană nr. ore = 28
	230	Psihologi în practică	59%	94%	Nr. de ore = 0-600 Medie nr. ore = 246 Mediană nr. ore = 110 Nr. de ore = 0+1,200 ore

Tabelul 13.2. Prevalența psihoterapiei personale după orientarea teoretică

Studiu	*Psihanalitică*	*Psihodinamică*	*Umanistă*	*Eclectică*	*Cognitivă*	*Behavioristă*	*Sistemic*
Norcross și Prochaska (1984)	97%	85%	84%	83%	Nespecificat	54%	Nespecificat
Norcross, Strausser și Faltus (1988)	88%	82%	58%	62%	69%	47%	85%
Norcross, Farber și Prochaska (1993)	95%	97%	88%	78%	63%	66%	88%
Orlinsky și alții (cap. 14)	94%*	94%/*	96%	92%	78%*	78%*	89%
Pope și Tabachnick (1994)	Nespecificat	94%	Nespecificat	87%	71%	Nespecificat	Nespecificat

* Orientările teoretice erau combinate

continuu clinicianul la psihopatologia pacienților și nevoia de a cunoaște și folosi capacitatea de răspuns a inconștientului unei persoane în conducerea terapiei. „Fiecare analist", a scris el (1937/1964, p. 249), „ar trebui în mod periodic — la intervale de aproximativ cinci ani — să se angajeze în analiză o dată în plus, fără să se simtă rușinat de a fi luat o astfel de decizie. Aceasta ar însemna atunci că nu numai analiza terapeutică a pacienților, dar și propria analiză s-ar transforma dintr-o sarcină terminabilă într-una interminabilă".

Prevalența ca funcție a orientării teoretice

Prevalența terapiei personale variază sistematic în funcție de orientarea teoretică, așa cum a fost arătat în cele cinci studii reprezentative prezentate în tabelul 13.2. Examinarea acestor studii relevă cu consecvență că profesioniștii în sănătate mintală orientați pe insight au beneficiat mai adesea de terapie personală. La extrema superioară, între

88 și 97% de psihanaliști autoidentificați și între 82 și 97% dintre clinicienii din orientarea psihodinamică au căutat terapie pentru ei înșiși. La extrema inferioară, aproape jumătate dintre terapeuții behavioriști recunosc tratamentul personal. Terapeuții behavioriști caută tratament — undeva între 44 și 66% —, dar mult mai puțin frecvent și pentru o perioadă mai scurtă, în medie, decât colegii lor nonbehavioriști (Gochman, Allgood și Geer, 1982; Lazarus, 1971; Norcross și Prochaska, 1984; Norcross și Wogan, 1983; Orlinsky și alții, capitolul 14). Între aceste extreme s-au aflat respondenții umaniști, sistemici și eclectici care au raportat cel puțin un episod de terapie personală.

Prevalența ca funcție a activităților profesionale

Activitățile clinicienilor sunt legate, cu siguranță, de prevalența tratamentului personal. Puținele studii care au examinat empiric problema au găsit modele asemănătoare: profesioniști în sănătatea mintală, care conduc în mod obișnuit o psihoterapie, au o tendință mai mare de a fi primit tratament personal. Într-un studiu clasic, Henry, Sims și Spray (1971, 1973) au organizat interviuri detaliate cu psihiatri, psihologi, asistenți sociali și psihanaliști. În toate cele patru grupuri profesionale, cele care practicau psihoterapia erau mai predispuse la a fi beneficiat de terapie personală decât cele angajate în roluri nontratament. Într-un alt studiu timpuriu, Garfield și Kurtz (1976) au descoperit că psihologii în practica privată și în clinicile ambulatorii depășeau frecvența generală de terapie personală per întregul grup de respectiv 63%, înregistrând valori de 70 și 77%. Bineînțeles că această variabilă este confundată cu orientările teoretice, în sensul în care clinicienii orientați psihodinamic sunt mai predispuși să ocupe poziții clinice.

Disparitatea în incidența terapiei personale ca funcție a situației întrebuințării — sau, mai specific, a activităților profesionale — este și mai bine reflectată în importanța atribuită terapiei personale. Există câteva studii care au demonstrat că practicienii de terapie privată susțin mai puternic importanța terapiei personale decât colegii lor din poziții academice sau administrative. Într-un articol intitulat *„Practitioners and Academics Disagree"* (*„Practicienii și profesorii nu se pun de acord"*), Voigt (1998) explică grafic divergența: 69% dintre practicienii de psihoterapie, în timp ce numai 19% dintre directorii de formare, au subscris la a le cere studenților să beneficieze de terapie personală. 94% dintre practicieni au beneficiat de terapie personală, cu o medie de 246 de ore.

În schimb, 78% dintre directorii clinici au beneficiat de terapie personală în viața lor, cu o medie de 85 de ore.

Prevalența ca funcție a sexului terapeutului

Cele mai multe studii publicate nu au examinat în mod sistematic prevalența ratelor depistate pentru terapeuții femei și bărbați. Câteva studii mai restrânse nu au găsit nici o legătură între experiența în terapia personală și sex (de exemplu: Darongkamas și alții 1994; Prochaska și Norcross, 1983). Oricum, cel puțin șapte studii au sugerat că puțin mai multe femei psihologi și asistenți sociali s-au angajat în terapie personală, în comparație cu psihologii și asistenții sociali bărbați (Deutsch, 1985; Garfiled și Kurtz, 1976; Norcross, Dryden și DeMichele, 1992; Norman și Rosvall, 1994; Norcross, Strausser-Kirtland și alții, 1988; Orlinsky și alții, capitolul 14; Pope și Tachnick, 1994). Diferența pare a fi de ordinul a 10%. De exemplu, în studiul lui Norcross, Strausser-Kirtland și alții (1988), 84% dintre femeile psihologi versus 71% dintre bărbații psihologi și 79% dintre femeile asistenți sociali versus 58% dintre bărbații asistenți sociali au căutat tratament personal. Oricum, datele nu sunt clare în ceea ce îi privește pe psihiatri și terapeuții de familie.

Prevalența ca funcție a stării civile

Un alt factor cu impact asupra prevalenței sunt starea civilă și istoria maritală. Începând cu studiul clasic al lui Henry și alții (1971), mai multe studii au înregistrat faptul că un procent mai mare de psihoterapeuți căsătoriți decât necăsătoriți au beneficiat de psihoterapie. Diferența se poate să nu fie rezultatul diferenței de vârstă; mai degrabă motivul poate fi acela că tratamentul personal a fost menit să rezolve dificultățile emoționale și interpersonale care au contribuit poate la disoluția căsătoriei. Așa cum Norman și Rosvall (1994, p. 457) au exprimat-o, „tensiunea maritală și procesul divorțului pot fi un stimulent pentru unii indivizi să intre în terapie personală". Or, în cuvintele lui Henry și ale altora (1971, p. 141), „ambele, ruptura căsătoriei și recăsătoria, apar să fie puternic legate de psihoterapie — o experiență de socializare care produce în mod clar o legătură mult mai strânsă cu sistemul psihodinamic explicativ".

Parametrii terapiei personale

Dincolo de întrebarea dacă un clinician a beneficiat sau nu de terapie personală/analiză sunt unele şi mai complexe şi care stârnesc interesul cu privire la durata acesteia, format, frecvenţă şi bineînţeles rezultat (ultimul este prezentat ca problematică în sine în capitolul 17). Din nefericire, majoritatea studiilor fie nu înglobează aceste date, fie nu le prezintă în detaliu. Cu siguranţă, aşa cum a fost redat în tabelul 13.1, durata tratamentului personal nu este prezentată în nici o manieră standardizată. Cercetători diferiţi adună şi raportează datele în mod diferit — număr de episoade distincte, număr de ore, număr de şedinţe, număr de terapeuţi, perioada de timp şi aşa mai departe. În ciuda acestor limitări şi inconstanţe, se remarcă totuşi cinci teme consistente.

Prima rezidă în aceea că terapia personală a majorităţii profesioniştilor în sănătatea mintală este în mod frecvent de lungă durată, de lucru intensiv. Ultima coloană din tabelul 13.1 prezintă durata terapiei personale pentru multe dintre studii. Numărul mediu al orelor de terapie este de sute. Numărul mediu în aceste studii este invariabil mai crescut decât numărul median de ore, reflectând o distribuţie nesimetrică. Într-unul dintre studiile noastre recente (Norcross, Geller şi Kurzawa, 2000), numărul median de ore de terapie personală individuală a fost de 150, în timp ce media era de 370. Abaterile standard atât de vaste reflectă larga variabilitate în durată, ordonate de la câteva ore la 5.200 de ore. Într-un alt studiu al nostru (Guy şi alţii, 1988), terapia personală a fost distribuită ca durată de la 2 la 2.000 de ore, dar media a fost de 309, iar mediana de 158. Examinând distribuţiile numărului total de ore de tratament, descoperim de obicei că acestea se întind de la o minimă de 1-2 ore (2% din eşantion) la mai mult de 1.000 de ore (3–5% din eşantion), ultimele referindu-se în mod obişnuit la psihanaliză.

Durata terapiei personale a fost exprimată şi în intervale de timp, deşi acest etalon confundă tratamentul total cu frecvenţa sa. Cu toate acestea, estimările de timp tind să coroboreze numărul de ore: terapie de lungă durată, care se întinde pe parcursul câtorva ani. Majoritatea estimărilor indică un total, o implicare de o viaţă în terapie cuprinzând trei sau patru ani (Orlinsky şi alţii, capitolul 14; Pope şi Tabachnick, 1994). Există şi mărturii preliminare că terapeuţii de familie (Norman şi Rosvall, 1994) şi terapeuţii de familie în formare (Patterson şi Utesch, 1991) ar putea în mod obişnuit să beneficieze de terapie de durată mai scurtă, cel puţin comparativ cu indivizii din alte discipline de sănătate mintală (vezi şi capitolul 6).

A doua temă este aceea că durata terapiei personale, ca și prevalența sa, variază în mod sistematic ca funcție a orientării teoretice — atât aceea a terapeutului-pacient, cât și aceea a terapeutului care oferă tratament. Diferențe semnificative sunt în mod obișnuit remarcate în durata medie, psihanaliza fiind cea cu durata cea mai mare, iar cea behavioristă, cea mai scurtă. Într-un studiu (Guy și alții, 1988) comparând contribuția relativă a multor variabile asupra duratei terapiei personale, alegerea unei orientări psihodinamice s-a dovedit a avea ponderea cea mai mare în diferențele de ore de terapie personală primite.

În această privință, cei care nu se încadrează în tiparele statistice sunt terapeuții behavioriști. Examinarea sistematică a datelor din cadrul acestei orientări reflectă faptul că, deși caută terapie, terapeuții behavioriști beneficiază de aceasta pentru o durată mai scurtă, cel puțin în medie. În două seturi de date reprezentative (Norcross și Prochaska, 1984), 54 și 59% dintre terapeuții behavioriști au mărturisit că au primit terapie personală. Durata medie era de 88 de ore (abaterea standard: 90; mediana: 60) într-unul dintre seturi și 114 ore (abaterea standard: 193; mediana: 30) în celălalt. În schimb, media și mediana duratei de tratament personal pentru nonbehavioriști au fost de la 3 la de 10 ori mai mari.

În al treilea rând, de regulă psihoterapeuții beneficiază de tratament personal în mai multe ocazii. De-a lungul studiilor, media numărului de episoade diferite se situează între 1.8 și 3.0. Într-un studiu recent, (Norcross și alții, 2000), 32% dintre psihologi au căutat terapie personală o dată, 32% de două ori și 22% de trei ori, restul de 14% căutând terapie în patru sau mai multe ocazii. În mod similar, Orlinsky și alții (capitolul 14) au remarcat că mai mult de 59% din eșantionul lor mare, multidisciplinar, au beneficiat de mai mult de o experiență terapeutică. Pope și Tabachnick (1994) au descoperit că numărul median de terapeuți de serviciile cărora se beneficiase era de trei, cu un modul de doi. Într-adevăr, durata și tranșele multiple de tratament personal au condus la caracterizarea psihoterapeuților ca fiind „pacienți nesfârșiți" (Felton, 1986).

În al patrulea rând, preponderența terapiei personale este terapia individuală. În ceea ce privește unica sau cea mai recentă terapie, 80% dintre profesioniștii în sănătatea mintală au raportat tratament individual, 6% terapie de cuplu/maritală, 4% terapie de familie, 4% terapie de grup și 6% o combinație a acestor formate (Norcross, Strausser și alții, 1988; Norcross, Strausser-Kirtland și alții, 1988). Generalizând alte două studii (Guy și alții, 1988; Norcross și alții, 2000) privind experiența de viață cu terapia personală, între 95 și 96% dintre profesioniștii în sănătate mintală care au beneficiat de terapie personală au primit ceva terapie individuală;

între 47 și 50% ceva terapie de cuplu/familie; iar între 34 și 48% terapie de grup.

În al cincilea rând, cercetarea disponibilă remarcă, în mod consecvent, faptul că practica independentă este cea predominantă în ceea ce privește tratamentul personal al profesioniștilor în sănătatea mintală din Statele Unite. Deși locul terapiei personale a terapeutului este investigată destul de rar, atunci când este, se dovedește în mod copleșitor în practica independentă. De exemplu, Norcross și colegii (Norcross, Strausser și alții, 1988; Norcross, Strausser-Kirtland și alții, 1988) au raportat că 74% din terapia personală a fost condusă în practică individuală, 6% într-un institut psihanalitic, 4% în centru de psihoterapie și doar superficial în alte locuri (cum ar fi: facultate/centru de sănătate pentru studenți/ acțiune comunitară).

Comentariu de încheiere

Toate rezultatele legate de prevalență atestă faptul că, în mod frecvent, o vastă proporție a profesioniștilor în sănătatea mintală din Statele Unite și, în cazul unora, în mod repetat, caută terapie personală. Suntem în deplin acord cu afirmațiile lui Greenberg și Kaslows (1984, p. 20) conform cărora, prin aceasta psihoterapeuții „sunt în mare parte consecvenți. Ei practică ceea ce propovăduiesc. Atunci când au probleme în viață, grade semnificative de anxietate și depresie sau alte simptome nevrotice, caută ajutor la respectații lor colegi". Mai mult decât atât, faptul de a căuta tratament personal implică și faptul că „ei cred în ceea ce fac și percep terapia ca pe o măsură constructivă, care nu numai că alină simptomele, dar care conduce și la creștere personală".

În bogăția de date statistice prezentate în acest capitol se remarcă implicația evidentă a ideii că dezvoltarea profesională a terapeutului și viața sa personală sunt întrețesute în mod inexplicabil. Deși nu toate experiențele psihoterapeutice sunt cu promptitudine supuse înregistrărilor, se pare că psihoterapeuții se luptă cu aceleași conflicte psihologice, tranziții în viață și întrebări existențiale, la fel ca și clienții pe care îi servesc. Poate că acest lucru nu este atât de inevitabil pe cât ar trebui să fie. Vulnerabilitatea, omenescul și propriile experiențe de tratament le permit crearea unei conexiuni cu clienții. Ca un adevărat tovarăș de drum pentru ceilalți, psihoterapeuții caută eliberare, împlinire și creștere, în aproape același fel ca și cei pe care îi asistă. Faptul că practicienii se folosesc ei înșiși de beneficiile psihoterapiei în cursul anilor ne uimește atât prin naturalețe, cât și prin încrederea conferită.

Bibliografie:

Buckely, P., Karasu, T.B. şi Charles, E., „Psychotherapists view their personal therapy" în *Psychotherapy, 18*, 1981, p. 299-305

Darongkamas, J., Burton, M.V. şi Cushway, D., „The use of personal therapy by clinical psychologists working in the NHS in the United Kingdom" în *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*, 1994, p. 165-173

Deutsch, C.J., „A survey of therapists' personal problems and treatment" în *Professional Psychology: Research and Practice, 16*, 1985, p. 305-315

Felton, J.R., „The psychotherapist as the interminable patient" în *Psychotherapy Patient*, 3, 1986, p. 101-110

Freud, S., „Analysis terminable and interminable" în J. Strachey (editată şi tradusă), *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23), Hogarth Press, Londra, 1937/1964

Garfield, S.L. şi Kurtz, R.M., „Personal therapy for the psychotherapist: Some findings and issues" în *Psychotherapy*, 13, 1976, p. 188-192

Gochman, S.I., Allgood, B.A. şi Geer, C.R. „A look at today's behavior therapists" în *Professional Psychology*, 13, 1982, p. 605-611

Goldensohn, S.S., „Graduate's evaluation of their psychoanalytic training" în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5, 1977, p. 51-64

Greden, J.F. şi Casariego, J.I., „Controversies in psychiatric education: A survey of residents' attitudes" în *American Journal of Psychiatry*, 132, 1975, p. 270-274

Greenberg, S. şi Kaslow, F.W., „Psychoanalytic treatment for therapists, residents, and other trainees" în F.W. Kaslow (ed.), *Psychotherapy with psychotherapists*, Haworth, New York, 1984

Grunebaum, H. , „A study of therapists' choise of therapist" în *American Journal of Psychiatry* , 140, 1983, p. 1336-1339

Guggenbuhl-Craig, A., *Power in the helping relationships*, Spring, Dallas, 1971

Guy, J.D. şi Liaboe, G.P., „Personal therapy for the experienced psychotherapists: A discussion of its usefulness and utilization" în *Clinical Psychologists*, 39, 1986, p. 20-23

Henry, W.E., Sims, J.H. şi Spray, S.L., *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*, Jossey-Bass, San Francisco, 1971

Henry, W.E., Sims, J.H. şi Spray, S.L., *The public and private lives of psychotherapists*, Jossez-Bass, San Francisco, 1973

Holzmann, L.A., Searight, H.R. şi Hughes, H.M., „Clinical psychology graduate students and personal psychotherapy: Results of an exploratory survey" în *Professional Psychology Research and Practice*, 27, 1996 , p. 98-101

Kelly, E., Goldberg, L., Fiske, D. și Kilkowski, J., „Twenty-five years later: A follow-up study of graduate students in clinical psychology assessed in the V.A. selection research project" în *American Psychologist*, 33, 1978, p. 746-755

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. și Kendler, K.S., „Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorers in the United States" în *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19

Lazarus, A.A., „Where do behavior therapists take their troubles?" în *Psychological Reports*, 28, 1971, p. 349-350

Liaboe, G.P., Guy, J.D., Wong, T. și Deahnert, J.R., „The use of personal therapy by psychotherapists" în *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 1989, p. 115-134

MacDevitt, J.W., „Therapists' personal therapy and professional self-awareness" în *Psychotherapy*, 24, 1987, p. 693-703

Norcross, J.C, Dryden, W. și DeMichele, J.T., „Brithish clinical psychologists and personal therapy: III. What's good for the goose?" în *Clinical Psychology Forum*, 44, 1992, p. 29-33

Norcross, J.C., Farber, J.A. și Prochaska, J.O., „Psychologists conducting psychotherapy: New findings and historical comparisons on the Psychotherapy Division membership" în *Psychotherapy*, 30, 1993, p. 692-697

Norcross, J.C., Geller, J.D. și Kurzawa, E.K., „Conducting psychotherapy with sychotherapists: I. Prevalence, patients, and problems" în *Psychotherapy*, 37, 2000, p. 199-205

Norcross, J.C. și Prochaska, J.O., „Where do behavior and other therapists take their troubles? II." în *Behavior Therapist*, 7, 1984, p. 26-27

Norcross, J.C., Strausser, D.J. și Faltus, F.J., „The therapist's therapist" în *American Journal of Psychotherapy*, 42, 1988, p. 53-66

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. și Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences" în *Psychotherapy*, 25, 1988, p. 36-43

Norcross, J.C. și Wogan, M., „American psychotheraptists of diverse persuasions: Characteristics, theories, practices, and clients" în *Professional Psychology*, 14, 1983, p. 529-539

Norman, J. și Rosvall, S.B., „Help-seeking behavior among mental health practitioners" în *Clinical Social Work Journal*, 22, 1994, p. 449-460

Orlinsky, D.E. și Ronnestad, M.H., *The psychotherapist's perspective: Experiences of wor, development and personal life*, American Psychological Association, Washington, D.C., 2001

Patterson, J.E. și Utesch, W.E., „Personal therapy for family therapy graduate students" în *Contemporary Family Therapy*, 13, 1991, p. 333-343

Pope, K.S. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-258

Prochaska, J.O. şi Norcross, J.C., „Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes" în *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 1983, p. 161-173

Sudman, S. şi Bradburn, N., „Improving mailed questionnaire design" în D.C. Lockhart (ed.), *Making effective use of mailed questionnaires*, Jossey-Bass, San Francisco, 1984

Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B. şi Kikuzawa, S., „Responses to nervous breakdowns în America over a 40-year period" în *American Psychologist*, 55, 2000, p. 740-749

Voigt, H., *Practitioners and academics disagree: Personal therapy as a clinical training requirement*. Lucrare prezentată la şedinţa anuală a American Psychological Association, San Francisco, California, 1998, august

Capitolul 14

Prevalența și parametrii terapiei personale în Europa și în alte părți ale lumii

de David E. Orlinsky, M. Helge Rønnestad, Ulrike Willutzki, Hadas Wiseman, Jean-François Botermans și SPR Collaborative Research Network (Rețeaua de Cercetare Colaborativă SPR)

În vasta trecere în revistă a literaturii de cercetare asupra terapiei personale a psihoterapeuților, Norcross și Guy (capitolul 13) și Norcross și Connor (capitolul 15) demonstrează amplu două aspecte: primul este reprezentat de faptul că „majoritatea profesioniștilor din sănătatea mintală din Statele Unite au beneficiat de tratament personal", iar al doilea, că realmente toate studiile făcute pe această temă până în prezent s-au concentrat pe terapeuții americani.

Scopul nostru în acest capitol este acela de a adăuga o dimensiune internațională acestor cunoștințe despre terapia personală, având ca bază cercetări riguroase, prin atragerea atenției asupra unui studiu în desfășurare asupra psihoterapeuților, care a fost condus încă din 1990 de către Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy (Rețeaua de Cercetare Colaborativă a Societății pentru Psihoterapie) (Orlinsky și alții, 1999; Orlinsky și Rønnestad, în presă). Acele resurse includ informații despre caracteristicile, experiențele și practicile a mai bine de 5.000 de terapeuți din diverse profesii și orientări teoretice diferite, din peste o duzină de țări. Parte din informațiile furnizate de către acești terapeuți implică experiențele lor de terapie personală.

Avertismente metodologice

Înainte de a prezenta rezultatele cercetării și de a le compara cu studiile elaborate de Norcross și Guy, vom face o scurtă descriere a metodelor

prin care acestea au fost obținute. Datele noastre cu privire la terapia personală au fost colectate prin Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) (Chestionar privind Elementele Comune în Dezvoltarea Psihoterapeuților) (Orlinsky și alții, 1999), care a fost elaborat de cercetători (care erau și ei, la rândul lor, terapeuți practicieni) în primul rând pentru a studia procesele și a le corela cu evoluția psihoterapeuților de-a lungul întregii lor cariere. S-a acordat o grijă deosebită modului de a pune întrebările care aveau sens pentru noi ca terapeuți și de a le traduce într-un mod adecvat în diferite limbi (inițial în franceză și germană, apoi în multe altele). DPCCQ este un chestionar autoadministrat, în format de răspuns structurat, în mare parte acoperind o mare varietate de subiecte și care necesită, ca timp de completare, între o oră și o oră și jumătate.

O problemă metodologică generală a acestui gen de cercetare este reprezentativitatea sau *generalizabilitatea* rezultatelor eșantionului, care depinde atât de metodele prin care un eșantion este desemnat, cât și de procentajul chestionarelor folosibile care sunt returnate. (Acesta este motivul pentru care Norcross și Guy citează „rate de retur" în înregistrările datelor obținute de ei în cercetare). În teorie, dacă eșantionul este ales aleatoriu, iar rata de retur este suficient de mare, atunci rezultatele bazate pe acel eșantion pot fi valid generalizate la populația din care a fost ales eșantionul. Pentru a ajunge la acest rezultat atât de dorit, oricum, natura și limitele populației pe care cineva se hotărăște să le studieze trebuie să fie foarte clar definite. Din nefericire, atunci când o cercetare se concentrează pe terapeuți, în general, mai degrabă decât pe un grup specific, cum ar fi de exemplu membrii unei divizii din American Psychological Association (APA) (Asociația Psihologică Americană), este foarte dificil de stabilit cine poate fi considerat a fi psihoterapeut. Deși sunt mulți psihoterapeuți profesioniști în Statele Unite, ca și în alte părți, nu există o profesie de psihoterapeut per se și nu există nici o asociație profesională care să includă toți terapeuții nici în această țară, nici în oricare alta. Ideea este că psihoterapia este practicată de membri ai unor profesii diferite în țări diferite, dar nicăieri de către toți sau chiar de către majoritatea membrilor ai oricărei profesii date. Mai mult decât atât, psihoterapeuții din același cadru profesional au adesea orientări teoretice diferite, fiind înscriși în asociații profesionale care reflectă acele orientări. Astfel, este realmente imposibil să se aleagă un eșantion reprezentativ, pentru că este efectiv imposibil să se definească populația de psihoterapeuți ca atare.

O altă preocupare legată de cea anterioară și la fel de importantă este *generalitatea*. Rezultate ale unui eșantion ales aleatoriu din una dintre diviziile practice ale APA (de exemplu: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie de familie, psihanaliză), chiar și cu o rată de retur de 100%, vor fi generalizabile doar membrilor acele divizii, și nu în mod necesar membrilor altor divizii sau terapeuților psihologi care nu sunt membri APA, ca să nu mai vorbim de psihiatri, asistenți sociali clinicieni și alți practicieni din domeniul psihoterapiei. Cu alte cuvinte, un studiu ar putea avea o *generalizabilitate* perfectă, dar o *generalitate* foarte limitată.

Mai mult decât atât, ratele de retur în intervalul 35 și 45%, tipice pentru majoritatea studiilor citate de Norcross și Guy, sunt echivalente cu ratele de uzură experimentale de 55–65%. Dacă această uzură nu poate fi demonstrată sau asumată plauzibil ca fiind aleatorie, dat fiind fenomenul studiat, aceasta compromite în mod serios reprezentativitatea unui studiu, chiar dacă eșantionul a fost inițial ales aleatoriu.

La ce fel de tendințe ar trebui să ne așteptăm? Una dintre ele este menționată de Norcross și Guy în capitolul 13, „o tendință a răspunsurilor care ar fi în direcția acelor terapeuți a căror istorie personală și orientare teoretică i-au condus către a beneficia de tratament personal mai frecvent". Acest fapt ar fi adevărat în cazul chestionarelor care au avut ca scop anunțat studierea terapiei personale, dar nu ar fi cazul în ceea ce privește DPCCQ-ul, de vreme ce titlul și materialul introductiv nu au făcut nici o aluzie la vreo legătură a chestionarului cu aceasta. (De fapt, întrebările despre terapia personală nu apar până la pagina 5). Am estima ratele de retur ale diferitelor colectări de date ale Collaborative Research Network între 15 și 40%. Date fiind considerațiile anterioare, acest fapt este probabil mai puțin semnificativ în comparație cu aceea că mai bine de 5.000 de terapeuți au găsit că este suficient de rentabil să completeze chestionarul DPCCQ și să-l returneze (adesea pe cheltuiala lor). Date fiind titlul și lungimea chestionarului nostru, ar trebui să credem că rezultatele noastre ar putea fi înclinate către acei terapeuți ale căror istorie personală și orientare teoretică îi fac să creadă în importanța dezvoltării profesionale și a cercetării empirice și nu în importanța terapiei personale.

Eșantioanele curente de psihoterapeuți

Pentru că scopul nostru în acest capitol este de a furniza date internaționale asupra terapiei personale, ne prezentăm eșantioanele împărțite

pe țările în care locuiesc psihoterapeuții. În prezent sunt 14 țări în cadrul studiului, din care cel puțin 100 de terapeuți*. În ordine descrescătoare a mărimii eșantionului, țările prezente în studiu sunt: Germania, Statele Unite, Norvegia, Coreea de Sud, Elveția, Noua Zeelandă, Portugalia, Spania, Danemarca, Suedia, Belgia, Franța, Rusia și Israel. Toate datele CRN prezentate au fost colectate în timpul ultimei decade a secolului al XX-lea.

Caracteristicile acestor terapeuți sunt rezumate în tabelul 14.2.** În medie, țările cu terapeuții cei mai experimentați din baza noastră de date (mai mult de 10 ani de practică terapeutică) sunt Statele Unite, Elveția, Franța, Spania, Noua Zeelandă, Norvegia și Suedia; iar cele cu cei mai puțin experimentați terapeuți sunt Coreea de Sud și Rusia. Oricum, abaterile standard mari indică o plajă largă de cariere în cadrul fiecărei țări.

În nouă dintre țări, psihologii sunt cel mai frecvent reprezentați ca terapeuți în eșantioanele noastre, cu o pondere de 92% pentru eșantionul din Norvegia (în prezent incluzând 70% din populația de psihoterapeuți din rândul psihologilor din Norvegia), 88% din eșantionul Danemarcei, 83% din eșantionul Elveției, 67% din eșantionul Statelor Unite, 65% din cel al Portugaliei și 59% din eșantionul Rusiei. Pe de altă parte, psihoterapeuții de formație medicală (psihiatri și, în Germania, specialiști în domeniul psihoterapiei și psihosomaticii) sunt mai frecvent reprezentați în eșantioanele Franței (82%), Coreii (64%) și Germaniei (54%). Alte profesii (cum ar fi: asistență socială, consiliere, îngrijire medicală) sunt cel mai frecvent reprezentate în eșantioanele din Noua Zeelandă (60%) și Suedia (57%).

Alte diferențe substanțiale între eșantioanele din aceste 14 țări pot fi văzute în raportul privitor la sex. Acelea cu cea mai mare populație de femei terapeuți sunt: Israel, Rusia, Suedia, Danemarca și Portugalia. Țările cu cele mai mari proporții de terapeuți bărbați sunt: Noua Zeelandă, Franța și Coreea de Sud. Oricum, raporturile de sex în cele mai mari eșantioane (Germania, SUA și Norvegia) sunt cele mai echilibrate din acest punct de vedere.

Orientarea teoretică a fost stabilită prin întrebarea: „Cât de mult din practica dumneavoastră terapeutică curentă este îndrumată de fiecare

---

* Colectări de date ulterioare din Marea Britanie, Canada, Norvegia și din alte țări au mai adăugat studiului aproximativ 2.000 de psihoterapeuți.

** Aproximativ 300 de terapeuți în plus, din țări figurând în baza noastră de date cu mai puțin de 100 de terapeuți, nu au fost incluși în aceste analize.

Tabelul 14.1. Eșantioane și caracteristici ale terapeutului

		Ani de practică		*Profesie*			*Gen*	
Eșantion	*N*	*M*	*[AS]*	*Medicină %*	*Psihologie %*	*Altele %*	*F%*	*M%*
Statele Unite	977	18,4	[12,8]	5,5	66,6	27,7	48,7	51,3
Germania	1,059	9,1	[7,2]	54,4	36,5	9,1	57,0	43,0
Elveția	263	13,1	[6,6]	9,6	82,8	7,7	52,3	47,7
Norvegia	804	11,5	[8,2]	4,9	92,2	3,0	53,3	46,7
Danemarca	158	10,2	[6,4]	2,5	88,0	9,5	68,4	31,6
Suedia	117	11,6	[6,5]	8,5	34,2	57,3	69,2	30,8
Portugalia	188	10,1	[7,0]	28,2	65,4	6,4	63,6	36,4
Spania	182	12,1	[6,9]	17,0	73,6	9,3	54,7	45,3
Belgia	132	9,8	[7,1]	1,5	74,2	24,2	56,1	43,9
Franța	117	12,6	[6,7]	82,1	16,2	1,7	26,5	73,5
Coreea de Sud	538	5,6	[5,9]	64,3	13,0	22,7	34,9	65,1
Noua Zeelandă	254	11,9	[7,5]	8,7	31,1	60,2	25,2	74,8
Israel	101	11,1	[7,2]	6,9	73,3	19,8	75,8	24,2
Rusia	110	6,1	[4,5]	28,2	59,1	12,7	71,8	28,2

Notă. Medicină = psihiatrie (și psihosomatică în Germania). Altele = asistență socială, consiliere, asistență medicală și terapeuți nespecializați

		Orientare teoretică					
Eșantion	*N*	*Ana/Din %*	*CogComp %*	*Hum %*	*Sis %*	*Ecl %*	*Non dom.%*
Statele Unite	977	24,7	21,0	19,3	11,9	9,8	13,5
Germania	1,059	46,2	9,2	21,7	9,4	2,8	10,0
Elveția	263	32,4	20,8	20,8	12,6	7,2	6,3
Norvegia	804	43,7	9,9	18,5	10,4	7,9	9,5
Danemarca	158	45,0	2,3	27,5	10,7	6,1	8,4
Suedia	117	64,8	2,8	9,3	7,4	0,0	15,7
Portugalia	188	29,4	32,7	10,5	13,7	7,2	6,5
Spania	182	46,9	18,5	11,1	17,9	1,2	4,3
Belgia	132	35,0	16,0	22,0	15,0	4,0	8,0
Franța	117	56,9	1,8	21,1	4,6	2,8	12,8
Coreea de Sud	538	18,1	11,0	21,1	1,5	5,8	42,5

Eşantion	N	Orientare teoretică					
		Ana/Din %	*CogComp* %	*Hum* %	*Sis* %	*Ecl* %	*Non dom.*%
Noua Zeelandă	254	21,0	28,0	15,0	10,5	13,0	12,5
Israel	101	64,3	4,8	13,1	7,1	9,5	1,2
Rusia	110	26,9	6,4	42,3	3,8	5,1	15,4

Notă. Ana/Din = analitică dominantă/psihodinamică; CogComp = în general cognitiv-comportamentală; Hum = în general umanistă; Sis = în general sistemică; Ecl = eclectică de spectru larg; Non dom. = orientare non dominantă (nu sprijină punctele 4 sau 5 pe nici una dintre scalele de orientări de la 0 la 5).

dintre următoarele cadre teoretice?" Acestă întrebare este urmată de 6 itemi, fiecare dintre ei fiind cotat pe o scală de 6 puncte (de la 0 [„Deloc"] la 5 [„Foarte mult"]): Analitică/Psihodinamică, Behavioristă, Cognitivă, Umanistă, Sistemică şi Altele (cu instrucţiunea de a specifica cuprinsul). Atunci când li s-a dat ocazia să coteze influenţa multiplelor orientări în acest fel, 90% dintre terapeuţi din baza noastră de date au indicat mai mult de o orientare. Pentru analizele cerând un număr limitat de orientări teoretice, i-am categorizat în modul următor. Scorurile de 4 sau 5 pe o scală 0-5 pentru orice orientare dată au fost considerate a indica o influenţă fie puternică, fie „caracteristică" în orientarea terapeutului. Atunci când au fost inspectate toate combinaţiile de influenţe dominante, au fost identificate 6 modele incluzând un număr suficient de mare de terapeuţi de luat în seamă din punct de vedere statistic. Acestea sunt Analitică dominantă/dinamică cu nici o altă influenţă dominantă; în general Cognitiv-Comportamentală, incluzând diverse influenţe dominante, altele decât analitică/dinamică; în general Umanistă, incluzând alte influenţe dominante; în general Sistemică, incluzând alte influenţe dominante; Eclectică de spectru larg, indicând patru sau mai multe orientări dominante şi cei ale căror orientări nu includeau influenţe dominante. Împreună, aceste categorii au inclus 80% din eşantionul total.

Tabelul 14.1 arată că terapeuţii cu orientări analitică dominantă/psihodinamică au fost întâlniţi mai frecvent în 10 dintre cele 14 ţări ale noastre, dar au constituit o majoritate doar în trei dintre acestea (Israel, Suedia şi Franţa). Terapeuţii cu orientări în general cognitiv-comportamentale au fost reprezentaţi cel mai frecvent în eşantioanele noastre din Portugalia şi Noua Zeelandă, dar au fost bine reprezentaţi şi în eşantioanele din

Statele Unite, Elveția, Spania și Belgia. Terapeuții din eșantioanele noastre din Rusia și Coreea de Sud, cel mai frecvent, au avut o orientare în general umanistă, ceea ce constituia o minoritate subtanțială în Statele Unite, Germania, Elveția, Belgia și Franța. În sfârșit, terapeuții în general sistemici și eclectici de spectru larg nu au constituit o frecvență covârșitoare în nici unul dintre eșantioanele noastre, deși minorități substanțiale de terapeuți sistemici au fost înregistrate în eșantioanele din Spania, Portugalia, Belgia, Noua Zeelandă, Statele Unite și Germania. Terapeuții fără nici o orientare dominantă au fost prezenți în mod obișnuit doar în minorități slabe numeric în majoritatea țărilor, dar au reprezentat categoria cea mai comună în eșantionul Coreii de Sud* constituind și o minoritate notabilă în Suedia, Rusia, Statele Unite, Franța și Noua Zeelandă. Acest rezultat reflectă în mod evident prezența unui număr mare de terapeuți în acele țări care se află încă la începuturile lor în aceste domenii.

Prevalența terapiei personale

Tabelul 14.2 arată prevalența terapiei personale printre terapeuții din diferitele țări cuprinse în eșantioanele noastre. În ciuda multelor diferențe, este clar că majoritatea terapeuților de oriunde au raportat că au beneficiat de cel puțin un episod de terapie personală, singura excepție fiind Coreea de Sud, unde predomină circumstanțele speciale (Joo și Bae, comunicări personale)** care sunt similare celor citate de Norcross și Connor (vezi capitolul 15) ca motive pe care terapeuții din Statele Unite le invocă pentru a nu intra în terapie. În alte părți, procentajul de terapie personală se întinde de la o maximă de mai bine de 90% (Franța, Elveția, Suedia, Israel, Danemarca) la o minimă de 72% (Rusia) și 66% (Portugalia).

Faptul că eșantioanele noastre naționale diferă în multe alte privințe servește pentru a sublinia generalitatea terapiei personale ca o caracteristică în comun a psihoterapeuților peste tot în lume. Incluzând toți

---

* Procentul de terapeuți din Coreea, care apar ca neavând nici o orientare dominantă, scade dramatic în cazul în care criteriul folosit pentru a defini dominanța este mai degrabă 3 decât 4 pe scala de la 0–5, sugerând că un accent cultural pe modestie în Coreea poate influența acest rezultat.

** Colegii noștri coreeni, doctorii E. Joo și S. Bae, au comentat amândoi cu privire la deficitul relativ al terapeuților seniori în practica privată către care terapeuții mai tineri s-ar orienta în mod obișnuit pentru terapia personală și cu privire la relativa lipsă de acceptare socială, atunci când se pune problema consilierii și a terapiei până de curând.

Tabelul 14.2 Prevalența terapiei personale printre psihoterapeuții profesioniști

			Când în terapie personală?			*Cicluri*		*Total ani*	
Eșantion	*N*	*Terapie personală?*	*Doar în trecut*	*În trecut și prezent*	*Doar în prezent*	*M*	*[AS]*	*M*	*[AS]*
Statele Unite	964	88,3%	72,4%	25,6%	2,0%	2,0	[1,0]	5,7	[6,0]
Germania	1,049	81,9%	55,2	26,3	18,5	1,7	[1,0]	4,7	[3,9]
Elveția	261	95,5	74,7	21,1	4,2	2,1	[1,1]	6,5	[3,9]
Norvegia	800	79,9	67,8	27,4	4,9	1,5	[,94]	4,0	[3,2]
Danemarca	156	90,4	60,7	37,1	2,1	2,2	[1,1]	5,0	[3,4]
Suedia	117	94,0	64,5	26,4	9,1	2,2	[1,0]	4,6	[3,0]
Portugalia	187	65,8	74,2	18,3	7,5	1,5	[,88]	5,9	[3,9]
Spania	182	78,8	59,7	33,8	6,5	2,0	[1,0]	7,8	[4,6]
Belgia	132	83,3	60,4	29,2	10,4	2,0	[1,1]	6,6	[4,4]
Franța	91	98,9	Nedisp.	Nedisp.	Nedisp.	Nedisp.	Nedisp.	Nedisp.	Nedisp.
Coreea de Sud	535	36,1	66,2	23,4	10,4	0,8	[1,0]	2,2	[3,0]
Noua Zeelandă	249	83,5	78,3	21,3	0,5	2,1	[,89]	3,4	[3,6]
Israel	101	93,1	55,3	39,4	5,3	2,0	[,95]	5,2	[3,8]
Rusia	110	71,8	50,6	32,9	16,5	1,7	[,86]	2,4	[2,6]
Total	5,224	79,2	65,5	26,8	7,7	1,8	[1,1]	5,1	[4,5]
Total [-coreeni]	4,709	84,1	65,5	26,8	7,7	1,8	[1,0]	5,2	[4,5]

Notă. „Terapie personală?" întreabă despre situația terapeutului cu privire la terapia personală. Procentele indică proporția celor care beneficiază în prezent sau au beneficiat în trecut de terapie personală. „Cicluri", sau timpul, în terapie includ doar specialiști care au raportat că au beneficiat de terapie personală. „Total ani" în terapie indică totalul cumulativ pentru de la unu la trei cicluri de tratament, pentru specialiștii care au raportat că au beneficiat de terapie personală.

terapeuții în baza noastră de date actuală, prevalența estimată este de 79%. Incluzând doar terapeuții din țările de cultură predominant europeană (incluzând, de exemplu, Statele Unite și Noua Zeelandă), prevalența estimată a terapiei personale este de 84%. (Aceste cifre

depășesc prevalența de 72 până la 75% estimată de Norcross și Guy pentru Statele Unite, pe baza a 14 studii pe care le-au trecut în revistă, dintre care 13 au conținut eșantioane numărând mai puțin de 500 de persoane. O altă sursă a acestei discrepanțe este faptul că unele dintre studiile pe care ei le-au menționat au inclus studenți sau candidați în formare, care este posibil să nu fi intrat încă în terapie personală, vezi tabelul 14.3.)

Tabelul 14.2 arată, de asemenea, că mai mult de o treime dintre terapeuții care au raportat că au beneficiat de terapie personală erau, la momentul în care au răspuns la DPCCQ, încă în terapie fie pentru prima dată (8%), fie pentru un ciclu suplimentar de tratament (aproximativ 27%). De fapt, terapeuții din majoritatea țărilor au raportat o medie de două cicluri de tratament (din nou, cu excepția Coreii de Sud). Terapeuții cu ceva experiență de terapie personală au acumulat o medie estimată de cinci ani de terapie pe vremea participării la studiul nostru, acoperind o plajă cu o minimă de doi ani în rândul coreenilor până la o maximă de aproape opt ani în Spania. Mai mult decât atât, de vreme ce majoritatea terapeuților erau încă la început sau în partea de mijloc a carierei lor (vezi tabelul 14.1), numărul total de ani de terapie personală acumulat la sfârșitul carierei ar fi trebuit să fie mult mai mare.

Parametri ai terapiei personale

În ce măsură influențează variatele caracteristici ale terapeuților posibilitatea ca ei să beneficieze de terapie personală? Terapeuții, în mod obișnuit, sunt descriși în termeni de nivel de carieră, formație profesională și orientare teoretică. Sexul terapeutului a fost considerat ca având o influență asupra procentelor de terapie personală. Le vom examina pe fiecare dintre acestea pe rând.

Nivel de carieră

Tabelul 14.3 arată impactul nivelului de carieră asupra proporției de terapie personală pentru fiecare țară și pentru baza de date ca întreg. Așa cum era de așteptat, în medie e mai puțin probabil ca terapeuții novici să fi beneficiat de terapie personală, în comparație cu colegii lor mai experimentați, dar poate mai impresionant decât atât este faptul că majoritatea, chiar și a celor mai tineri dintre terapeuți (cu excepția

coreenilor), au beneficiat deja de terapie personală. Faptul că numai 30% dintre novici sunt în terapie indică faptul că au beneficiat deja de terapie înainte de a deveni terapeuți la rândul lor. Și mai impresionant încă este că 21% dintre terapeuții experiementați și 12% dintre psihoterapeuții seniori erau la momentul studiului în terapie. Aceste ultime două grupuri erau cu mult după perioada de formare — terapeuții fiind în practică de cel puțin 15 ani, iar unii chiar de 45 de ani — cu toate acestea, mulți dintre ei erau încă (sau din nou) implicați în terapie personală.

Tendințele în prevalență în decursul carierei variază într-o oarecare măsură de la o țară la alta. În unele dintre țări (Statele Unite), prevalența terapiei personale a început foarte puternic (79% dintre novici) și în curând a ajuns la un platou (de 91% printre terapeuții atestați, experimentați și seniori). În alte țări (Coreea de Sud), nivelul inițial era scăzut (20% dintre novici), dar a crescut gradual pe măsura cursului carierei la un nivel moderat ridicat (între 60 și 75% printre terapeuții atestați, experimentați și seniori). În sfârșit, în unele dintre țări se pare că există un model curbiliniu, în care este mai probabil ca terapeuții aflați în perioada de mijloc a carierei să fi beneficiat de terapie personală în comparație atât cu novicii, cât și cu seniorii. Modelul din urmă ar putea rezulta din interacțiunea dintre o tendință bazată pe carieră, în care terapeuții mai experimentați au avut în mod obișnuit mai mult timp și motivație pentru a intra în terapie personală, și o tendință istorică, în care terapia personală a devenit progresiv mai acceptabilă și/sau mai disponibilă terapeuților mai tineri decât fusese pentru colegii lor mai în vârstă. Rusia poate constitui un exemplu specific foarte bun pentru ilustrarea acestei interdependențe dintre carieră și modelele istorice, care sunt adesea confundate în analizele transversale ale tendințelor de dezvoltare.

Formația profesională

Tabelul 14.4 arată prevalența caracteristic ridicată a terapiei personale printre terapeuții din toate formațiile profesionale în țările pe care le-am studiat (din nou Coreea de Sud constituind un caz aparte). În general (omițând terapeuții coreeni), terapeuții din diverse profesii din baza noastră de date raportează proporții aproximativ egale de terapie personală, toate trecând de un nivel de 80%.

Există o tendiță în unele dintre subeșantioanele noastre naționale (de exemplu: Statele Unite și Rusia) ca terapeuții formați medical să

Tabelul 14.3 Procentul terapeuților care au raportat că au beneficiat de terapie personală, pe nivel de carieră

Eșantion	*N*	*Nivel de carieră*					
		Novice %	*Ucenic %*	*Absolvent %*	*Atestat %*	*Experimentat %*	*Senior %*
Statele Unite	921	79,0	79,3	85,5	91,0	91,1	90,8
Germania	981	71,4	79,5	88,5	83,7	78,9	69,2
Elveția	258	(100,0)	(75,0)	96,0	96,7	94,0	100,0
Norvegia	766	67,3	82,9	86,6	76,8	77,9	93,2
Danemarca	155	(66,7)	66,7	88,0	97,1	96,8	(83,3)
Suedia	108	(100,0)	(87,5)	86,7	97,6	94,9	(100,0)
Portugalia	178	-	(72,7)	63,2	64,1	80,0	(83,3)
Spania	180	(50,0)	(70,0)	65,2	76,7	87,5	(100,0)
Belgia	128	85,7	92,0	76,0	87,2	75,9	(66,7)
Franța	83	-	(100,0)	100,0	96,8	100,0	(100,0)
Coreea de Sud	445	20,2	35,8	53,2	65,9	59,3	(75,0)
N. Zeelandă	242	(57,4)	85,7	87,2	88,0	78,0	80,0
Israel	100		(80,0)	92,6	97,6	89,5	(100,0)
Rusia	110	81,3	69,2	74,1	67,6	(71,4)	-
Psihoterapie curentă	4,711	29,1	34,7	37,7	27,3	20,5	12,4
Total	5,037	60,2	70,5	82,0	82,9	84,9	89,4
Total [-coreeni]	4,586	71,8	80,0	85,1	84,7	85,6	89,5

Notă. Categorii pe nivel de carieră: Novice (> 0 până la < 1,5 ani); Ucenic (1,5 până la < 3,5 ani); Absolvent (3,5 până la < 7 ani); Atestat (7 până la < 15 ani); Experimentat (15 până la < 25 ani); Senior (între 25 și 45 de ani). Procentele din paranteze atunci când celula N < 10.

înregistreze proporții ușor scăzute de prevalență a terapiei personale. Oricum, în alte țări (de exemplu: Germania, Norvegia și Spania), chiar și terapeuții formați psihologic tind să cuprindă procente ușor mai scăzute de terapie personală. (Acest fapt este adevărat mai ales printre portughezi, care, ca grup, înregistrează și cea mai mare proporție de terapeuți cognitiv-comportamentaliști). În mod interesant, terapeuții din alte formații profesionale (asistenți sociali, consilieri, asistente medicale

Tabelul 14.4 Procentajul terapeuților care au raportat terapie personală pe profesii

		Profesie		
Eșantion	*N*	*Medicină %*	*Psihologie %*	*Altele %*
Statele Unite	962	61,1	91,1	86,9
Germania	1,049	84,0	76,2	92,6
Elveția	260	92,0	94,9	100,0
Norvegia	800	94,9	78,8	87,5
Danemarca	156	(100,0)	89,1	100,0
Suedia	117	(90,0)	100,0	91,0
Portugalia	187	83,0	56,6	83,3
Spania	182	83,9	75,1	88,2
Belgia	132	(50,0)	79,6	96,9
Franța	91	98,6	100,0	(100,0)
Coreea de Sud	535	32,1	48,6	40,2
Noua Zeelandă	249	85,0	74,0	88,2
Israel	101	(42,9)	95,9	100,0
Rusia	110	61,3	72,3	92,9
Total	5,238	69,9	82,0	83,6
Total [- coreeni]	4,703	82,5	82,8	90,3

Notă. Medicină = psihiatrie (și psihosomatică în Germania); Altele = asistent social, consiliere, asistent medical, terapeuți nespecializați. Procentele în paranteze pentru situațiile când celula N < 10

și terapeuți nespecializați) au rate la fel de înalte sau chiar mai înalte de terapie personală decât terapeuții formați medical sau psihologic.

Orientarea teoretică

În trecerea în revistă a studiilor conduse în Statele Unite, Norcross și Guy (vezi capitolul 13) au descris o tendință a prevalenței terapiei personale de a varia proporțional cu orientarea teoretică, clinicienii orientați psihodinamic înregistrând cele mai înalte procente (de la 82 la 97%), iar terapeuții orientați comportamentalist cele mai joase (de la 44 la 66%). Rezultatele terapeuților din baza noastră de date internațională CRN le confirmă în mod clar concluzia. Tabelul 14.5 arată pentru întreaga

Tabelul 14.5 Procentajul terapeuților care au raportat că au beneficiat de terapie personală, în funcție de orientarea teoretică

		Orientare teoretică					
Eșantion	*N*	*Ana/Din*	*CogComp*	*Um*	*Sis*	*Ecl*	*Non dom*
Statele Unite	747	94,1%	78,3%	95,8%	88,9%	91,5%	76,8%
Germania	866	87,9	55,6	85,3	91,1	63,3	68,3
Elveția	205	100,0	88,4	100,0	92,3	86,7	90,9
Norvegia	565	88,2	57,1	93,3	83,1	77,8	66,7
Danemarca	129	89,7	(66,7)	100,0	92,9	(100,0)	(40,0)
Suedia	108	98,6	(66,7)	(80,0)	(100,0)	—	82,4
Portugalia	152	93,3	20,0	87,5	81,0	(81,8)	(56,6)
Spania	162	97,4	33,3	100,0	58,6	(100,0)	(42,9)
Belgia	100	100,0	(43,8)	95,5	86,7	(75,0)	(62,5)
Franța	88	100,0	—	100,0	(100,0)	(100,0)	(88,9)
Coreea de Sud	462	48,2	39,2	50,0	(42,9)	59,3	19,4
Noua Zeelandă	197	92,9	62,5	90,0	71,4	100,0	95,7
Israel	84	96,3	(50,0)	100,0	(66,7)	(87,5)	(100,0)
Rusia	78	61,9	(40,0)	75,8	(100,0)	(100,0)	(75,0)
Total	4,195	89,6	58,1	86,7	85,3	80,6	53,8
Total [-coreeni]	3,733	92,0	59,9	91,7	86,0	83,0	72,3

Notă. Ana/Din = analitică dominantă/psihodianmică; CogComp = în general cognitiv-comportamentală; Hum = în general umanistă; Sis = în general sistemică; Ecl = eclectică de spectru larg; Non dom. = orientare nondominantă (nu sprijină punctele 4 sau 5 pe nici una dintre scalele de orientări de la 0-5). Procentele în paranteze pentru situațiile când celula N < 10.

bază de date (în afară de terapeuții coreeni) că 92% dintre terapeuții dominant analitici/psihodinamici și 92% dintre terapeuții în general umaniști au raportat faptul de a fi beneficiat de terapie personală, în comparație cu 60% dintre terapeuții în general cognitiv-comportamentaliști. (Cifra pentru terapeuții umaniști este ușor mai scăzută atunci când terapeuții coreeni sunt incluși în analiză, dar aproape aceeași pentru terapeuții analitici/psihodinamici și cognitiv-comportamentaliști.)

Terapeuții dominant analitici/psihodinamici au raportat procente înregistrate pe o plajă variind de la aproximativ 90 la 100%, în 10 dintre cele 13 țări (excluzând Coreea), și de aproape 88% în alte două țări. În general, terapeuții umaniști au înregistrat o prevalență în proporție de 90 și până la 100%, în 9 dintre aceste țări, și peste 75% în alte 3. Terapeuții care au o orientare generală sistemică au înregistrat prevalențe în proporție de 80 până la 100% în 10 dintre cele 13 țări, iar terapeuții eclectici de spectru larg au înregistrat prevalențe în procente de între 80 și 100%, în 9 dintre cele 13 țări. În schimb, terapeuții cu o orientare generală cognitiv-behavioristă au avut cea mai joasă rată de prevalență în eșantioanele din Portugalia și Spania, dar cu toate acestea au fost înregistrate procente destul de înalte în ceea ce privește terapia personală în Elveția și în Statele Unite, cu procente de prevalență de 50% sau mai mult în 9 dintre cele 13 țări. Chiar și terapeuții care nu aveau nici o orientare teoretică dominantă au înregistrat un procent de prevalență de 50% sau mai mult în 11 dintre cele 13 țări. Astfel, în timp ce probabilitatea de a beneficia de terapie personală este clar influențată de orientarea teoretică a terapeutului, concluzia generală este că terapia personală este o experiență foarte comună printre terapeuții din toate orientările.

Sexul terapeutului

Unele dintre studiile efectuate pe psihoterapeuții americani, menționate de Norcross și Guy (vezi capitolul 13), sugerează că prevalența terapiei personale poate fi cumva mai mare printre terapeuții femei decât printre terapeuții bărbați. Datele noastre internaționale sugerează că, orice diferență ar exista între sexe, aceasta nu poate fi decât foarte mică și inconsistentă. Procentajul total favorizând femeile din baza de date arătată în tabelul 14.6 dispare realmente atunci când terapeuții coreeni (predominant barbați și atipici în ceea ce privește terapia personală) sunt scoși din analiză.

Diferența dintre bărbați și femei în Statele Unite este de doar 2,4%, și un pic mai mult de 1% în Germania, Elveția, Suedia, Portugalia și Coreea de Sud. Diferențele cele mai evidente apar în Danemarca (15%), Norvegia (9%), Israel (9%) și Belgia (8%). Oricum, diferențele favorizează femeile în Danemarca, Norvegia și Israel, dar și bărbații în Spania, Belgia, Franța, Noua Zeelandă și Rusia. Aceste rezultate sugerează că sexul în sine al terapeutului nu este un parametru important al terapiei personale.

Scopuri ale terapiei personale

De ce aleg să beneficieze ei înșiși/ele însele de terapie personală psihoterapeuții de ambele sexe, din toate formațiunile profesionale, toate nivelurile de carieră și din majoritatea orientărilor teoretice — mulți dintre ei făcând acest lucru nu numai o dată (procentul crește către ultimii ani)?

Terapeuții au dezvăluit diferite aspecte ale terapiei lor personale, incluzând motivele care i-au îndemnat să intre în acest proces și au fost dispuși să bifeze una sau mai multe dintre următoarele trei motive: formare, creștere personală, probleme. Tabelul 14.7 arată pentru primul (sau singurul) episod de terapie personală că 60% au ales creșterea personală, 56% problemele personale și 46% formarea profesională. Aceste concluzii susțin și întăresc cele cinci studii ale terapeuților din Statele Unite revăzute în acest volum de către Norcross și Connor, care concluzionează că majoritatea au intrat în tratament pentru motive personale.

Tabelul 14.6 Procentajul terapeuților care au dezvăluit terapia personală în funcție de sex

		SEX	
Eșantion	*N*	*Femei %*	*Bărbați %*
Statele Unite	956	88,9	87,5
Germania	1,031	82,7	81,4
Elveția	261	94,9	95,2
Norvegia	793	84,4	75,1
Danemarca	156	95,3	80,0
Suedia	117	93,8	94,4
Portugalia	186	66,1	66,2
Spania	179	75,5	81,5
Belgia	132	79,7	87,9
Franța	91	96,0	100,0
Coreea de Sud	530	37,0	35,8
Noua Zeelandă	241	72,1	87,2
Israel	99	96,0	87,5
Rusia	110	70,9	74,2
Total	5,181	81,6	76,8
Total [-coreeni]	4,651	84,9	83,3

Tabelul 14.7 Motivele intrării în terapie personală

		Motive pentru terapie personală		
Eşantion	*N*	*Formare %*	*Creştere personală %*	*Probleme %*
Statele Unite	829	38,4	64,9	77,2
Germania	793	34,0	33,8	32,3
Elveţia	233	68,2	68,2	52,4
Norvegia	576	48,6	72,9	58,1
Danemarca	139	66,9	81,3	56,8
Suedia	108	54,6	66,7	39,8
Portugalia	118	67,8	76,3	45,8
Spania	140	72,9	68,6	57,1
Belgia	105	54,3	61,9	66,7
Coreea de Sud	110	62,7	50,9	41,8
Noua Zeelandă	254	36,2	54,3	53,1
Israel	92	33,7	75,0	76,1
Rusia	79	72,2	78,5	64,6
Total	3830	46,4	59,8	55,5
Total [-coreeni]	3719	45,9	60,1	56,0

Notă. Motivele menţionate pentru prima terapie (N = 3313). Procentele sunt >100%, dat fiind că puteau fi bifate motive multiple.

Creşterea personală a fost motivul cel mai comun citat în cazul intrării în terapie (sau oricum, puţin mai frecvent) printre terapeuţii din 10 dintre cele 14 ţări şi a fost menţionat de cel puţin jumătate dintre terapeuţii din 13 dintre cele 14 ţări. Acest fapt este important pentru interpretarea răspunsurilor terapeuţilor la chestionarul nostru şi la altele. Atunci când terapeuţii indică faptul că au avut mai degrabă motive personale decât profesionale pentru a intra în terapie, nu se concentrează în mod necesar asupra problemelor lor de viaţă sau asupra psihopatologiei lor. Mai există un aspect pozitiv al motivaţiei terapeuţilor pentru terapia personală: îmbunătăţirea de sine, dezvoltarea personală şi îmbogăţirea.

Faptul că cifrele din tabelul 14.7 ajung până la 100% indică şi că mulţi dintre psihoterapeuţi au bifat motive multiple în ceea ce priveşte terapia lor personală. De exemplu, categoria de vârf a motivelor menţionate pentru prima terapie (25%) a fost combinaţia formării, creşterii personale şi a problemelor, urmată de creştere personală şi probleme (18%)

și creștere personală și formare (16%). Cu certitudine, a avea mai multe motive pentru a intra în terapie este mult mai convingător decât a avea unul singur.

Comentarii de încheiere

Cercetarea prezentată în acest capitol confirmă în mod clar și întărește expunerea rezultatelor lui Norcross și Guy (capitolul 13), pe baza studiilor anterioare, și anume că „vasta majoritate a profesioniștilor în sănătate mintală din Statele Unite... au beneficiat de tratament personal". Bazându-ne pe cercetarea noastră, care aproape că dublează numărul terapeuților din toate studiile precedente, putem spune același lucru despre profesioniștii în sănătate mintală din țările din Europa și din alte părți ale lumii. De fapt, este foarte dificil să ne imaginăm un alt grup, oricum ar fi definit, care să utilizeze psihoterapia mai frecvent și mai entuziast decât psihoterapeuții înșiși. În timp ce psihoterapeuții pot fi împărțiți în funcție de orientarea teoretică și formația profesională, un lucru pe care îl au în comun este devoțiunea lor față de terapia personală.

Oricine ar putea să se întrebe dacă această rată foarte înaltă a utilizării psihoterapiei nu este datorată măcar în parte circumstanțelor externe, mai degrabă decât dorinței terapeuților de a nu scăpa nici un prilej de a profita de pe urma beneficiilor pe care terapia le poate oferi. Unii terapeuți sunt obligați să beneficieze de terapie ca parte a formării lor (de exemplu: în institutele psihodinamice) sau ca o condiție a autorizării (de exemplu: conform noii legislații din Germania). Cu toate acestea, chiar dacă nu constituie o parte expresă a formării lor, procentele nu au fost mai mici în ceea ce îi privește pe terapeuții în general umaniști sau pe cei eclectici de spectru larg decât ale celor din formația analitică/psihodinamică, iar în unele dintre țări lucrurile au stat la fel și pentru terapeuții sistemici. Dacă cerințele de formare ar fi principalul motiv pentru care terapeuții caută terapie personală, am putea să ne așteptăm la scoruri foarte mari printre novici și ucenici, cu o descreștere pe următoarele niveluri de carieră, unde, în fapt, se constată o creștere stabilă în folosirea terapiei de către terapeuți în istoria carierei lor. Mai mult decât atât, variația în procentele de prevalență observate printre terapeuții din eșantioanele noastre din țări diferite pare să fie mai degrabă o reflexie a diferențelor dintre aceste grupuri naționale în nivelul de carieră și proporțiile diferitelor orientări teoretice decât a diferențelor în reglementările naționale privind autorizarea.

În mod clar, terapia este privită în unele orientări teoretice în primul rând ca tratament pentru condițiile simptomatice specifice, unde, în fapt, în alte orientări este privită mai mult ca fiind coercitivă pentru limitările și distorsiunile în dezvoltarea personalității anterioare sau ca o sursă de creștere personală pozitivă. În mod similar, în unele orientări teoretice, terapia este privită ca un set de proceduri în care personalitatea terapeutului este profund irelevantă, astfel încât terapia personală pentru terapeuți nu este un factor crucial în performanța lor; în timp ce în alte orientări, terapia personală este privită ca esențială în abilitatea unui terapeut de a se angaja într-o relație constructivă, plină de sens, din punct de vedere emoțional, cu pacienții. Este evident că acei clinicieni care își văd munca drept o procedură relativ impersonală de a trata tulburări simptomatice vor privi terapia personală ca relevantă pentru ei înșiși, doar dacă ei înșiși devin simptomatici. Este evident, de asemenea, și că practicienii care au o viziune mai largă, mai relațională asupra terapiei vor simți că terapia personală ar putea avea o valoare specifică pentru ei atât personal, cât și profesional. Mult mai mulți dintre cei din urmă decât cei din prima categorie sunt de găsit în eșantionul nostru. Cât de mult au beneficiat aceștia de pe urma terapiei lor personale atât personal, cât și profesional este prezentat în continuare în acest volum (capitolul 17).

MULȚUMIRE Următorii colegi au colectat date în următoarele țări: Statele Unite: D. Orlinsky, J. Norcross, L. Beutler, M. Silverman, T. Northcut, S. Stuart; Germania: U. Willutzki, J. Meyerberg, M. Cierpka, P. Buchheim, H. Ambühl, H. Kächele; Elveția: H. Ambühl, N. Aapro; Norvegia: M.H. Rønnestad, A. von der Lippe; Danemarca: E. Friis-Jorgensen; Suedia: D. Stiwne; Portugalia: A. Branco Vasco; Spania: A. Avila Espada, I. Caro; Belgia: J.-F. Botermans; Franța: P. Gerin, A. Dazord; Coreea de Sud: S. Bae, E. Joo; Noua Zeelandă: N. Kazantzis; Israel: H. Wiseman, G. Shefler; Rusia: E. Kalmykova.

Bibliografie:

Orlinsky, D.E., Ambühl, H., Rønnestad, M.H., Davis, J.D., Gerin, P., Davis, M. și alții, „The development of psychotherapists: Concepts, questions and methods of a collaborative international study" în *Psychotherapy Research, 9*, 1999, p. 127-153

Orlinsky, D.E. şi Rønnestad, M.H., *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*, American Psychological Association, Washington, în presă

Capitolul 15

Psihoterapeuți care intră în terapie personală

Principalele motive și prezentarea simptomelor

de John C. Norcross și Kelly A. Connor

Acest scurt capitol urmărește, în același spirit cu ceilalți colaboratori la cercetările cuprinse în acest compendiu, să explice motivele principale și să prezinte problemele profesioniștilor în sănătatea mintală în căutare de tratament personal. Din punctul de vedere al scopurilor acestui capitol, distingem între motive personale și motive de formare/profesionale. Literatura publicată pe care am trecut-o în revistă consistă în primul rând din studii conduse cu profesioniști în sănătatea mintală care trăiesc în Statele Unite. Această cercetare se bazează aproape exclusiv pe urmarea unui tratament profesionist voluntar al psihoterapeuților. Bineînțeles că doar puțini dintre terapeuți caută terapie personală sub presiunea colegiului de autorizare, a comitetelor etice sau organizațiilor pentru profesioniștii perturbați. Acuzațiile obișnuite se referă la proasta administrare a sexualității în relațiile cu pacienții, abuzul de substanțe sau la violarea limitelor nonsexuale (Freudenberger, 1986; Gabbard, 1995). Toate acestea nu cad sub incidența captitolului nostru, dar sunt acoperite de un alt capitol al acestui volum (capitolul 22).

Motive principale

La un nivel fundamental, psihoterapeuții pot căuta tratament personal din motive personale, din motive legate de formare/profesionale sau din ambele motive. Deși mult prea simplificate pentru o profesie în care personalul și profesionalul sunt aproape inseparabile, ne permitem să încercăm să pătrundem psihologic motivațiile terapeuților de a beneficia de propria terapie.

În discutarea experienţelor sale în tratarea clienţilor terapeuţi, Burton (1973, p. 94) este categoric; el spune că pacienţii săi „nu vin în scopuri privind formarea sau acreditarea, deşi aceasta poate constitui o valoare periferică a experienţei terapeutice. Toţi erau puternic răniţi şi aveau nevoie de ajutor pentru a putea activa în mod obişnuit". Rezultatele studiilor disponibile întăresc experienţele sale personale.

Tabelul 15.1 prezintă rezultatele a cinci studii care au întrebat profesioniştii din domeniul sănătăţii mintale dacă au căutat terapie din motive personale, motive profesionale sau din ambele motive. În toate studiile, majoritatea (de la 50 la 60%) au indicat faptul că au intrat în terapie în principal din motive personale. O minoritate (între 10 şi 35%) au răspuns că tratamentul lor a fost în mare parte din motive de formare sau scopuri profesionale.

Câţiva cercetători au întrebat despre motivele principale într-o manieră diferită. Orlinsky şi alţii (capitolul 14) au chestionat îndelung un eşantion larg, multidisciplinar şi internaţional de psihoterapeuţi. Atunci când li s-a cerut să bifeze toate motivele care au stat la baza implicării lor în tratament personal, 60% au bifat creşterea personală, 56% problemele personale şi 46% au bifat formarea. În mod interesant, terapeuţii americani au fost de departe mai înclinaţi să menţioneze problemele personale ca motiv al tratamentului personal decât cei din majoritatea celorlalte ţări.

În mod asemănător, Liaboe, Guy, Wong şi Dealnert (1989) au examinat motivele beneficierii de terapie personală ale psihoterapeuţilor care

Tabelul 15.1 Motivele pentru intrarea în terapie

Motiv	*Wispe şi Parloff (1965)*	*Henry, Sims şi Spray (1971)*	*Kelly, Goldberg, Fiske şi Kilkowski (1978)*	*Prochaska şi Norcross (1983)*	*Norcross, Strausser-Kirtland şi Missar (1988)*
În principal din motive personale	65%	50%	67%	61%	55%
În principal din motive privind formarea sau din motive profesionale	35%	18%	28%	11%	10%
Atât din motive privind formarea, cât şi din motive personale	neraportat	32%	5%	28%	35%

au urmat-o după terminarea formării. Principalul motiv nu a fost de a contracara stresul practicării psihoterapiei, ci, dimpotrivă, primele două motive au fost stresul cauzat de conflictele din viaţa personală şi, din nou, creşterea personală. Înaintea formării sau după formare, rezultatele sunt clare: profesioniştii din domeniul sănătăţii mintale intră masiv în terapie personală pentru a gestiona „chestiuni personale".

Deşi există mici diferenţe în ceea ce priveşte motivele avansate pentru beneficierea de terapie personală datorate profesiei (Henry, Sims şi Spray, 1971), în general modelul este remarcabil de consecvent în cadrul disciplinei şi al orientărilor. Motivele personale predomină.

Motive pentru a *nu* intra în terapie personală

Într-un articol mai vechi, Arthur Burton (1973) a indicat patru rezistenţe majore care servesc ca motive pentru ca vindecătorii să nu intre în procesul terapeutic. Primul este constituit de paradoxul că acei terapeuţi care sunt mai ferm convinşi de eficienţa psihoterapiei sunt exact cei care au cel mai adânc înrădăcinate dubii cu privire la aceasta. În al doilea rând, psihoterapeuţii cred că ceea ce a fost destul de bun pentru Freud este destul de bun şi pentru ei: autoanaliza va fi astfel suficientă. În al treilea rând, psihoterapeuţii sunt îngroziţi de regresia personală, precum şi de a ceda controlul altcuiva. Imaginea de sine a terapeutului şi narcisismul sunt atât de exacerbate încât el/ea simte că propria autocunoaştere şi umanitatea le umbresc pe cele ale celorlalţi vindecători. În al patrulea rând, inhibitorul final al intrării în psihoterapia personală este ruşinea — „un fel de cost pe care vindecătorul îl plăteşte atunci când este obligat să devină un coleg de suferinţă pentru cei pe care îi tratează în mod obişnuit, care este atât de subtil şi de intangibil încât nu suportă descriere" (Burton, 1973, p. 100).

Cercetarea următoare din acest domeniu a confirmat în mare măsură impresiile clinice ale lui Burton. Cel puţin cinci studii şi-au asumat interesanta particularitate de a-i întreba pe profesioniştii în sănătatea mintală de motivele lor de a *nu* căuta terapie personală. În timp ce există anumite diferenţe evidente în studiile întreprinse, probabil datorate disparităţilor metodologice şi de eşantionare, există o consistenţă robustă în argumentarea motivelor de a nu beneficia de terapie personală.

Deutsch (1985) a cerut unui eşantion naţional de psihoterapeuţi să identifice motivele de a nu căuta terapie personală. Motivele au fost categorizate în 11 grupe. Motivul cel mai frecvent citat a fost acela că terapeuţii nu au găsit nici un psihoterapeut acceptabil la îndemână pe

care să îl respecte şi pe care să nu îl fi cunoscut deja. Urmând îndeaproape a fost motivul că psihoterapeuţii au găsit ajutor şi suport la alte persoane (prieteni, familie, colegi) şi că problema s-a rezolvat înainte ca decizia de a urma terapie să fie pusă în practică. Următoarele trei motive au fost frica de expunere şi confidenţialitate, o credinţă conform căreia terapeuţii ar trebui să se descurce singuri cu problemele lor şi motivul că terapeuţii nu au dorit să investească energie în această acţiune.

Studiind clinicieni în perioada de început a carierelor lor, Holzman, Searight şi Hughes (1996) au chestionat studenţi doctoranzi care nu fuseseră niciodată în psihoterapie, întrebându-i care sunt motivele lor de a nu fi beneficiat de terapie personală. Topul primelor cinci motive a fost constituit de: nu am avut nevoie (56%), motive financiare (53%), nu mi-a recomandat nimeni (17%), grija în privinţa confidenţialităţii (10%) şi lipsa de timp (10%).

Farber (2000) a chestionat 275 de studenţi la studii postuniversitare, în curs de formare în consiliere şi oferirea de servicii psihologice, cu privire la atitudinile lor referitoare la ideea de a căuta terapie personală pentru ei înşişi. Analiza factorială a 26 de itemi — scala atitudinii candidatului în formare în ceea ce priveşte beneficierea de psihoterapie — a relevat patru dimensiuni fundamentale. Prima reflecta o datorie pozitivă, proactivă de a căuta terapie care să identifice creşterea individuală şi eficienţa profesională. Celelalte trei dimensiuni — grija faţă de credibilitatea profesională, grija pentru confidenţialitate şi nevoia de autosuficienţă — au semnalat că, în fapt, candidaţii în formare nu căutaseră terapie personală.

În continuare pe drumul carierei profesionale, Liaboe şi colegii (1989) le-au cerut unor practicieni experimentaţi să aprecieze 13 motive de a nu intra în terapie personală după absolvirea studiilor postuniversitare. În ordine descendentă, primele cinci motive au fost: s-au dovedit adecvate alte surse de a gestiona stresul; era prea scump; terapia anterioară mi-a fost de ajutor; a fost greu să găsesc un terapeut cu care să mă simt confortabil şi practicianul nu a fost sigur că îmi va fi de ajutor.

Norman şi Rosvall (1994) i-au întrebat, de asemenea, pe terapeuţi de ce erau înclinaţi să nu intre în terapie personală. 45% au răspuns că terapia nu era necesară la momentul respectiv; 22% au crezut că s-au descurcat într-un mod eficient singuri; 14% erau preocupaţi de problema confidenţialităţii; 8% se luptau cu probleme de credibilitate profesională şi 3% nu cunoşteau un terapeut „bun" pentru ei.

Atât în timpul formării postuniversitare, cât şi la începutul carierei sau mai târziu spre mijlocul carierei, profesioniştii în sănătatea mintală

oferă motive similare pentru a nu intra în terapie personală. Acestea sunt, de-a lungul studiilor: îngrijorările privind confidențialitatea, cheltuielile financiare, fricile de expunere, dorințele de autosuficiență, constrângerile din punctul de vedere al timpului disponibil și dificultățile în a găsi un terapeut destul de bun în afara rețelei lor imediate sociale și profesionale. Un procent considerabil menționează, de asemenea, că nu au urmat nici un tratament personal pentru că au găsit alte mijloace care s-au dovedit a fi eficiente în gestionarea problemelor inevitabile ale vieții (și ale practicării psihoterapiei).

Aceste motive autoevaluate de a nu urma un tratament personal sunt coroborate și întărite de un studiu (Norcross și Prochaska, 1986a, 1986b) care a comparat empiric psihoterapeuții care au beneficiat de tratament cu cei care nu au făcut-o, în timpul unui episod recent de distres psihologic. Cu alte cuvinte, studiul a explorat de ce unii terapeuți s-au bazat total pe autoajutorare, în timp ce alții au decis să urmeze terapie personală. Există patru variabile care fac diferența dintre cele două grupuri. Clinicienii care caută terapie personală (1) era mai probabil ca aceștia să fi experimentat terapia personală în trecut; (2) au fost în tratament personal în trecut pentru un număr mai mare de ore; (3) au suferit un episod de distres mai îndelungat (dar nu mai sever) și (4) au catalogat autoajutorarea lor (de dinainte de a căuta terapie) ca mai puțin reușită.

Bineînțeles că a căuta tratament după o schimbare de sine relativ nereușită nu este restrâns doar la cadrul profesioniștilor în sănătatea mintală. Un studiu făcut asupra folosirii serviciilor psihologice de către studenți a evidențiat, de exemplu, că „decizia de a folosi în fapt psihoterapia era mai probabil să apară doar după încercări ineficiente în a-și gestiona propriile probleme sau cu ajutorul unui prieten apropiat sau al unei rude" (Farber și Geller, 1997, p. 306). Doi psihologi cunoscuți (Goldfried și Davidson, 1976, p. 9) au exprimat același lucru puțin mai direct: „La început, simplul fapt că un client a căutat ajutor (profesional) înseamnă a admite în mod deschis că a fost incapabil să controleze în mod adecvat anumite aspecte ale propriei vieți". Majoritatea eforturilor terapeutice sunt îndreptate către cei care încearcă să se schimbe pe sine fără succes.

Prezentarea simptomelor

Patru studii publicate s-au preocupat de prezentarea simptomelor cu care se confruntă psihoterapeuții sau care sunt nemulțumirile principale

pentru care caută tratament personal — ce îi îngrijorează pe risipitorii de griji. Holzman, Searight and Hughes (1996) le-au cerut studenților la studii postuniversitare de psihologie clinică (50% rată de răspunsuri; N=1,108) să evalueze motivele dintr-o listă de 16 opțiuni, iar apoi au calculat procentele bazându-se pe primele patru motive citate. Mackey și Mackey (1994) au intervievat 15 asistenți sociali cu privire la problemele stringente care i-ar îndemna să intre în psihoterapie. Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988) au studiat psihologi, psihiatri și asistenți sociali (cu 65, 34 și respectiv 50% rate de retur; N total = 509) și le-au cerut să prezinte pe scurt problemele lor în cazul celui mai recent sau singurului episod de terapie personală. Pope și Tabachnick (1994) au cerut unui eșantion național de psihologi (60% rată de retur; N = 476) să dezvăluie problema majoră, distresul, disfuncția sau problema pe care au adresat-o în terapia personală. Deși eșantioanele și procedurile diferă în cadrul studiilor, rezultatele urmează un model consecvent.

Dintre primele trei motive, cel mai frecvent prezentate sunt: depresia, conflictele de cuplu/maritale și anxietatea, după cum se pot vedea și din tabelul 15.2. Conflictele cu familia-de-origine reprezintă o temă centrală, în special pentru studenții la studii postuniversitare în lucrarea lui Holzman și alții (1996), așa cum reiese din răspunsurile furnizate în cadrul dezvoltărilor personale în scop de formare sau de creștere personală/profesională, atunci când aceste răspunsuri au fost incluse în studii. Alte răspunsuri frecvente includ sentimentele de singurătate, evenimentele critice, problemele legate de abuzul de substanțe și epuizarea emoțională.

Nemulțumirile formale ale psihoterapeuților în terapie — depresia, anxietatea și relațiile — sunt concordante cu cercetările efectuate și în alte domenii. În primul rând, nemulțumirile principale care conduc la terapie merg, în general, paralel cu cele ale marii mase a populației. În al doilea rând, acestea concordă și cu evidența care indică faptul că practica clinică induce și o anumită ritmicitate negativă practicianului, în special în forme de anxietate problematică, depresie moderată și subimplicare emoțională cu membrii familiei (de exemplu: Bermak, 1977; Cray și Cray 1977; Daniels, 1974; Dryden, 1995; Farber, 1983; Norcross și Prochaska, 1986a; Sussman, 1995). În al treilea rând, anxietatea, depresia și conflictele maritale sunt principalele probleme prezentate de terapeuți nu numai în vederea tratamentului personal, dar și în eforturile lor de autoajutorare (Deutsch, 1985; Norcross și Prochaska, 1986b).

Problemele de viață ale terapeuților înglobează întreaga gamă cunoscută — avorturi, aventuri, divorț, alcoolism, asasinarea unui prieten

Tabelul 15.2 Prezentarea simptomelor psihoterapeuților în vederea beneficierii de terapie personală

Problemă	*Mackey și Mackey (1994)*	*Holzman, Searight și Hughes (1996)**	*Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988)*	*Pope și Tabachnick (1994)*
Conflict marital/de relație	33%	32%	20%	15%
Depresie	27%	38%	13%	19%
Anxietate/stres	7%	Indisponibil	12%	11%
Scopuri de formare	Indisponibil	Indisponibil	5%	9%
Conflicte interpersonale	Indisponibil	6%	5%	Indisponibil
Nevoia de autoînțelegere	Indisponibil	Indisponibil	4%	6%
Probleme legate de carieră sau ocupaționale	Indisponibil	9%	3%	1%
Conflicte cu familia-de-origine	Indisponibil	25%	3%	7%
Creștere personală sau profesională	Indisponibil	59%	Indisponibil	Indisponibil
Alcoolism sau abuz de substanțe	7%	1%	Indisponibil	Indisponibil
Altele	27%	22%	35%	32%

*Fiecărui respondent i s-a cerut să prezinte patru motive.

mai vechi, sinuciderea unui copil, abuzul de droguri, un frate sau o soră aflat/ă în proces pentru o crimă — pentru a exemplifica doar câteva dintre cele descrise de terapeuți. Cu toate acestea, poate că nu ar trebui să vedem indispoziția printre terapeuți ca pe ceva neobișnuit. Burton (1972) adaugă într-un mod optimist: „Important este să îmbunătățești problemele de viață distincte, iar pentru aceasta trebuie să fii tu însuți om, ceea ce înseamnă să ai probleme ca oricine altcineva".

În ciuda responsabilităților enorme ale profesiei, puțini psihoterapeuți identifică un simptom sau o problemă acută cu un pacient problematic. În două dintre studiile noastre (Norcross și alții 1988; Norcross și Prochaska, 1986a), care au inclus sute de practicieni cu experiență, doar *un* psiholog

a identificat simptomul cu un pacient problemă, în cazul respectiv, o tentativă de sinucidere. Restul de 99% dintre terapeuți au identificat doar factori nonpacient ca simptom. În schimb, pericolele ocupaționale au vizat supervizorii, politicile, promoțiile, salariile și alte plângeri de ordin organizatoric. În contextul întregii vieți a unui psihoterapeut, conflictele cu pacienții se manifestă ca o sursă de stres moderată, fiind mai probabil ca acestea să survină din problemele de viață extraterapeutică.

Aceste rezultate poate că nu surprind mulți clinicieni experimentați. Oricum, în opoziție cu cercetarea extinsă asupra stresului în terapie, sunt poate un pic confuze și ironice. Puține studii au cercetat sistematic persoana terapeutului *qua person* în afara lumii sale profesionale, astfel subestimând problemele din viața reală. Chiar și efectele caracteristicilor personale ale terapeuților sunt evaluate în funcție de influența lor asupra practicii clinice, mai degrabă decât în funcție de impactul lor asupra persoanei în deplinătatea ei.

În secțiunea de încheiere, menționăm o paralelă între aceste rezultate empirice și noțiunea de vindecător rănit. În multe societăți, vindecătorii au fost asociați cu o vulnerabilitate căreia îi sunt atribuite estimări de valoare. Imaginea mitologică a vindecătorului rănit este omniprezentă: nu numai în sensul în care pacientul are un terapeut în sine însuși sau însăși, dar și în sensul în care există un pacient în fiecare terapeut. Șamanii primitivi, de exemplu, erau un amestec de puteri preoțești și vindecătoare, iar o cerință a rolului era ca aceștia să aibă un defect, ceea ce în societățile vestice ar putea fi recunoscute ca boli sau dizabilități (Bennet, 1979; Guggenbuhl-Craig, 1971; Rippere și Williams, 1985).

Credem că mulți psihoterapeuți și-au ales profesia dată fiind afinitatea lor pentru arhetipul vindecător–pacient. Parcticienii, medici și psihologi deopotrivă, sunt acuzați de a fi interesați mai degrabă de patologie decât de sănătate, mai degrabă de anormal decât de normal. Acest lucru este doar pe jumătate adevărat. Psihoterapeuții sunt atrași de polaritatea sănătate–boală atât în ceilalți, cât și în ei înșiși. Imaginea vindecătorului rănit simbolizează astfel o conștientizare dureroasă a limitărilor noastre și a opusului sănătății (Guggenbuhl-Craig, 1971).

Chessick (1978, p. 7) a surprins esența vindecătorului rănit afirmând: „Contrar concepției greșite larg răspândite, psihiatrul care caută ajutor pentru el însuși prin consultații și prin continuarea psihoterapiei dovedește cea mai mare capacitate de a-și ajuta pacienții; psihiatrul care își neagă nevoile și pretinde că își este autosuficient poate să îi impresioneze temporar pe cei din jurul său, dar de fapt el își dovedește astfel slăbiciunea mai degrabă decât puterea".

Comentariu de încheiere

În această trecere în revistă concentrată ne-am străduit să atragem atenţia asupra motivelor profesioniştilor din domeniul sănătăţii mintale de a intra în terapie personală, de a nu face acest lucru, precum şi a principalelor lor probleme în vederea propriului tratament. Nu există date sistematice sau conclusive despre ce variabile de psihopatologie sunt mai prevalente printre profesioniştii în sănătatea mintală (Millon, Millon şi Antoni, 1986) sau despre cum distresul este diferenţiat manifestat printre practicieni. Cu toate acestea, suntem impresionaţi de rezultatele robuste şi repetabile conform cărora terapia personală este un efort personal — nu o „analiză de formare" — menită să asigure rezolvarea şi integrarea personală. Pentru majoritatea, tratamentul personal al terapeuţilor nu este, şi într-adevăr nici nu ar trebui să fie, o cerinţă intelectuală sau un efort în vederea formării. Simptomele sunt, în mare parte, aproape identice cu acelea ale populaţiei educate în căutare de servicii de sănătate mintală. În timp ce putem să fim tentaţi să ne imaginăm că psihoterapeuţii experimentaţi sunt capabili să se imunizeze împotriva ravagiilor vieţii care îi copleşesc pe pacienţii lor, o citire atentă a literaturii impune o altă perspectivă. Pentru a-l parafraza pe Freud, psihoterapeuţii posedă o abilitate specială, dar dincolo de aceasta suntem în mod inevitabil oameni.

Bibliografie:

Bennet, G., *Patients and their doctors: The journey through medical care*, Bailliere Tindal, Londra, 1979

Bermak, G.E., „Do psychiatrists have special emotional problems?" în *American Journal of Psycho-analysis*, 37, 1977, p. 141-147

Burton, A., „The psychotherapist as client" în *American Journal of Psychoanalysis*, 33, 1973, p. 94-103

Burton, A., *Twelve therapists: How they live and actualize themselves*, Jossey-Bass, San Francisco,1972

Chessick, R.D., „The sad soul of the psychiatrist" în *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42, 1978, p. 1-9

Cray, C., şi Cray, M. „Stresses and rewards within the psychiatrist's family" în *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 1977, p. 337-341

Daniels, A.K., „What troubles the trouble shooters" în P.M. Roman și H.M. Trice (editori), *The sociology of psychotherapy*, Aronson, New York, 1974, p. 191-214

Deutsch, C.J., „A survey of therapists' personal problems and treatment" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 1985, p. 305-315

Dryden, W. (editor), *The stresses of counseling in action*, Sage, Thousand Oaks, 1995

Farber, B.A., „Dysfunctional aspects of the therapeutic role" în B. A. Farber (editor), *Stress and burnout in the human service profession*, Pergamon, New York, 1983, p. 97-118,

Farber, B.A. și Geller, J.D., „Student attitudes toward psychotherapy" în *Journal of American College Health Association*, 25, 1977, p. 301-307

Farber, N.K., „Trainees' Attitudes Toward Seeking Psychotherapy Scale: Development and validation of a research instrument" în *Psychotherapy*, 37, 2000, p. 341-353

Freudenberg, H.G., „The health professional in treatment: Symptoms, dynamics, and treatment issues" în C.D. Scott și J. Hawk (editori) *Heal thyself: The health of health care professionals*, Brunner/Mazel, New York, 1986

Gabbard, G.O., „When the patient is a therapist: Special considerations in the psychoanalysis of mental health professionals" în *Psychoanalytic Review*, 82, 1995, p. 63-79

Goldfried, M.R. și Davisons, G.S., *Clinical behavior therapy*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1976

Guggenbuhl-Craig, A., *Power in the helping professions*, Spring, Dallas, 1971

Henry, W.E., Sims, J.H. și Spray, S.L., *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*, Jossey-Bass, San Francisco, 1971

Holzman, L.A., Searight, H.R., și Hughes, H.M., „Clinical psychology graduate students and personal psychotherapy: Results of an exploratory survey" în *Professional Psychology Research and Practice*, 27, 1996, p. 98-101

Kelly, E.L., Goldberg, L.R. Fiske, D.W., și Kilkowski, J.M., „Twenty five years later" în *American Psychologist*, 33, 1978, p. 746-755

Liaboe, G.P., Guy, J.D., Wong, T., și Deahnert, J.R., „The use of personal therapy by psychotherapists" în *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 1989, p. 115-134

Looney, J.G., Harding, R.K., Blotoky, M.J. și Barnhart, F.D., „Psychiatrists transition from training to career: Stress and mastery" în *American Journal of Psychiatry*, 137, 1980, p. 25-32

Mackey, R.A. și Mackey, E.F., „Personal psychotherapy and the development of a professional self" în *Families in Society*, 75, 1994, p. 490-498

Millon, T., Millon, C., și Antoni, M., „Sources of emotional and mental disorders among psychologists: A career development perspective" în R.R. Kilburg, P.E. Nathan, și R.W. Thoreson (editori), *Professionals in distress*, American Psychological Association, Washington, D.C., 1986, p. 119-134

Norcross, J.C. şi Prochaska, J.O., „Psychotherapist heal thyself I: The self-initiated and therapy-facilated change of psychological distress" în *Psychotherapy*, 23, 1986a, p. 102-114

Norcross, J.C. şi Prochaska, J.O., „Psychotherapist heal thyself II: The self-initiated and therapy-facilated change of psychological distress" în *Psychotherapy*, 23, 1986b, p. 345-356

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. şi Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment expericences" în *Psychotherapy*, 25, 1988, p. 36-43

Norman, J. şi Rosvall, S.B., „Help-seeking behavior among mental health practitioners" în *Clinical Social Work Journal*, 22, 1994, p. 449-460

Pope, K.S. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-258

Prochaska, J.O. şi Norcross, J.C., „Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes" în *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 1983, p. 161-173

Rippere, V. şi Williams, R. (editori), *Wounded healers: Mental health workers' experiences of depression*, Wiley, New York, 1985

Sussman, M.B. (editor), *A perilous calling: The hazard of psychotherapy practice*, Wiley, New York, 1995

Wispe, L.G., şi Parloff, M.B., „Impact of psychotherapy on the productivity of psychologists" în *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 1965, p. 188-193

Capitolul 16

Selecția și caracteristicile psihoterapeuților terapeuților

O cercetare de sinteză

de John C. Norcross și Henry Grunebaum

În mod remarcabil, doar puține studii s-au concentrat asupra experiențelor terapeuților în propriul tratament personal (Clark, 1986; Macaskill, 1988; Macran și Shapiro, 1998). Și mai puține investigații empirice au avut în vedere selecția și caracteristicile terapeutului terapeutului.

În acest scurt capitol, trecem în revistă cercetările deja existente despre cum își selectează profesioniștii din domeniul sănătății mintale psihoterapeuții, în vederea propriei psihoterapii, și caracteristicile concomitente ale acelor terapeuți în termeni demografici, ai orientărilor teoretice și ai disciplinelor profesionale. La fel ca și în cazul celorlalte capitole de cercetare din această parte a cărții, studiile de cercetare avute în vedere sunt toate lucrări publicate în limba engleză și în mare parte conduse în Statele Unite.

Criterii de selecție

Într-un articol de pionierat despre selecția terapeutului, Grunebaum (1983) a intervievat 23 de terapeuți experimentați din zona Boston (11 psihiatri, 7 psihologi, 3 asistenți sociali și 2 consilieri) despre cum și-au găsit recent un „bun terapeut" pentru ei înșiși. Eșantionul s-a constituit dintr-un grup extrem de bine documentat, cu opinii bine informate despre calitatea terapiei și a terapeuților. Terapeuții-pacienți din acest eșantion au relatat că avuseseră patru criterii esențiale în minte atunci când și-au căutat propriul terapeut. În primul rând, ei au avut în vedere un coleg psihoterapeut care era competent din punct de vedere profesional, bazându-se pe reputația generală și pe recomandările colegilor. Cercetări asemănătoare

(Darongkamas, Burton și Cushway, 1994) confirmă de fapt că psihoterapeuții încep să caute un terapeut competent bazându-se în primul rând pe recomandările personale (55% din eșantion) și pe contacte personale anterioare (30% din eșantion). În al doilea rând, terapeuții-pacienți și-au căutat terapeuți în afara rețelei obișnuite profesionale și sociale pentru a evita contactul extraterapeutic și răspândirea zvonurilor despre ei și viețile lor personale. În al treilea rând, un alt criteriu l-a constituit o dispoziție caldă, suportivă, un terapeut căruia să îi pese de pacient. De fapt, 20 dintre cei 23 de intervievați au accentuat în mod spontan și voluntar cel puțin una dintre aceste calități atunci când și-au descris terapeuții — de a fi susținut, apreciat și respectat ca persoană. În al patrulea rând, terapeuții-pacienți au căutat un clinician cu un stil activ, vorbăreț.

Extinzând acest studiu, Norcross, Strausser și Faltus (1988) au chestionat un eșantion național de psihologi (N = 509), cerându-le să aprecieze influența a 16 factori în selecția terapeuților lor, folosind o scală de cinci puncte de tip Likert, unde 1 era cotat ca „deloc important", 3 era „întrucâtva important", iar 5 era „foarte important". Tabelul 16.1 prezintă media cotațiilor și a ordinii în selecția acestor terapeuți, împreună cu câmpurile aproximative ale eșantionului lui Grunebaum din 1983, calculat pe baza frecvenței de nominare a participanților săi.

După cum poate fi observat, terapeuții-pacienți au considerat în selecția psihoterapeuților lor în primul rând competența percepută, experiența clinică, reputația profesională și căldura interpersonală. Aceste prime patru criterii au primit o cotație medie de cel puțin 4,0 pe o scală de cinci puncte. Alte șase criterii au primit cotații medii de 3,0 sau mai mult, indicând că acestea au fost catalogate drept cel puțin „întrucâtva importante": deschidere, orientare teoretică, reputația de a fi fost terapeutul unui terapeut, flexibilitatea, neatribuind totul transferului și stilului terapeutic activ. Doar productivitatea terapeutului în cercetare a primit un scor mediu de mai puțin de 2,0.

Aceste rezultate au mers paralel cu cele obținute de Grunebaum în 1983, cu două excepții. Prima, aceea că stilul activ sau vorbăreț al terapeutului nu a fost cotat la fel de înalt în acest studiu mai vast decât în studiul lui Grunebaum, și a doua că poziția terapeutului în afara rețelei clinician-pacient nu a fost considerată a fi un criteriu important. Aceste două disparități pot fi explicate parțial prin faptul că eșantionul lui Grunebaum era compus în mod predominant din psihoterapeuți mai în vârstă, orientați psihanalitic, care practicau în zona metropolitană Boston. Aceasta înseamnă că micile disparități pot fi atribuite diferiților adepți. Eșantionul lui Grunebaum a fost format în întregime din terapeuți

Tabelul 16.1 Criteriile de selecție a terapeutului

	Cotații		*Ordine*	
Criteriu	*Medie*	*Abatere standard*	*Norcross, Strausser și Faltus (1988)*	*Grunebaum (1983)*
Competență	4,68	0,8	1	1*
Experiență clinică	4,33	0,9	2	Indisponibil
Reputație profesională	4,00	1,1	3	1*
Căldură și grijă	3,97	1,0	4	1*
Deschidere	3,61	1,2	5	6
Orientare teoretică	3,56	1,2	6	Indisponibil
Reputația de a fi fost terapeutul unui terapeut	3,36	1,4	7	Indisponibil
Flexibilitate	3,27	1,1	8	9
Neatribuind totul transferului	3,25	1,4	9	8
Stil terapeutic activ (vorbăreț)	3,03	1,2	10	1*
Lipsa criticismului	2,98	1,3	11	7
Profesie specifică	2,94	1,4	12	Indisponibil
Din afara rețelei mele soc./prof.	2,91	1,4	13	1*
Succesul cu pacienți similari	2,85	1,4	14	Indisponibil
Cost per ședință	2,51	1,2	15	Indisponibil
Productivitatea în cercetare	1,48	0,9	16	Indisponibil

Cotațiile au fost făcute folosind o scală de 5 puncte de tip Likert: 1 = „deloc important", 3 = „întrucâtva important", 5 = „foarte important".
1* = subiecții chestionați au considerat că aceste calități sunt la fel de importante, clasându-le pe aceeași poziție.

experimentați care au beneficiat de una sau mai multe experiențe de tratament, aproape întotdeauna de o psihanaliză, cu 20 până la 50 de ani în urmă. În opoziție, eșantionul lui Norcross și ceilalți a fost mai eterogen și, ca regulă, cu o medie de vârstă mult mai scăzută, drept pentru care avea cu mult mai multe oportunități de selecție a unui terapeut.

Cele 16 criterii de selecție prezentate în tabelul 16.1 au fost empiric evaluate în funcție de orientarea teoretică a terapeutului-pacient și a disciplinei profesionale. Au fost observate astfel patru diferențe de orientări care pot fi considerate semnificative: (1) respondenții behavioriști au fost mai puțin influențați decât psihanaliștii și respondenții eclectici de reputația profesională a terapeuților lor; (2) respondenții eclectici au cotat deschiderea terapeutului ca mai importantă, spre deosebire de colegii lor psihanaliști; (3) respondenții din toate convingerile teoretice au fost mai precauți cu privire la terapeuții atribuind „totul transferului", spre deosebire de colegii lor psihanaliști și (4) o orientare specifică a unui terapeut a fost cotată ca mai influențabilă de către terapeuții psihanaliști și umaniști decât de cei behavioriști, care în schimb au cotat-o ca mai importantă decât eclecticii.

Diferențele profesionale au fost, de asemenea, evidente în criteriile de selecție cu principalele disparități existând între asistenții sociali, pe de o parte, și psihologi și psihiatri, pe de altă parte. Pe scurt, asistenții sociali au acordat mai multă greutate costului tratamentului, flexibilității terapeutului, căldurii interpersonale, stilului activ și deschiderii în selecția terapeutului. Psihologii au cotat o potențială productivitate în cercetare a terapeutului ca mai influențabilă decât oricare dintre celelalte două grupuri, deși acest criteriu a obținut cel mai mic scor mediu în toate cele trei grupuri profesionale. În sfârșit, psihiatrii au indicat faptul că o profesie specifică a exercitat o influență semnificativ mai mare în selecția psihoterapeului decât psihologii sau asistenții sociali.

Sexul terapeutului ales nu a fost luat în considerare în cercetarea în curs, dar a fost implicat în alte cercetări ca exercitând un impact, cel puțin implicit, în selecția terapeutului. O experiență considerabilă consemnează că potrivirile între același sex sunt preferate și, așa cum este reluat în următoarea secțiune, sunt căutate activ de către profesioniștii în sănătatea mintală atunci când se pune problema propriului tratament.

Un alt factor de selecție poate fi considerat carisma sau încrederea în sine a terapeutului. Puterea interioară a terapeutului — sau cel puțin persoana publică — este probabil să joace un rol-cheie. În lucrarea despre selecția terapeutului, Burton (1973, p. 94) menționa că „cei mai buni profesioniști au un fel de încredere în sine și aroganță nemotivate de realitate, iar parte a acestora este credința că nu vor cădea pradă bolilor pe care le vindecă". Carisma lor poate să îi plaseze „dincolo de zgomotul bătăliei psihiatrice" (p. 97).

În concluzie, psihoterapeuții din toate disciplinele și convingerile teoretice își selectează propriul terapeut în principal pe baza perspicacității

clinice și a calităților interpersonale. Competenței, experienței, reputației, căldurii și deschiderii le sunt acordate cele mai înalte considerații de către terapeuții-pacienți. În opoziție, productivitatea în cercetare a potențialului psihoterapeut a fost cotată ca neimportantă, aproape neglijabilă. Acest rezultat ar trebui să ne reamintească faptul că atitudinea științifică și expertiza clinică sunt probabil dimensiuni ortogonale.

Ca să repetăm concluzia lui Grunebaum (1983, p. 1338): „Ceea ce am învățat că poate fi folositor în conducerea psihoterapiei este că acești terapeuți-pacienți caută o relație personală cu terapeuții — una în care să se simtă afirmați, apreciați și respectați de un alt om pe care ei îl plac, apreciază și respectă". Faptul că acest lucru trece drept adevărat pentru pacienții sofisticați psihologic, așa cum a fost arătat că este pentru pacienții naivi, întărește perspectiva că acești factori sunt probabil esențiali pentru eficacitatea tratamenului psihologic (Greenberg și Staller, 1981). Calitățile terapeutului exprimate prin căldură și empatie, precum și simpatia reciprocă au fost esențiale în rezultatele pozitive în experiențele de tratament ale psihoterapeuților, după cum reiese din cel puțin trei studii la zi (Buckley, Karasu și Charles, 1986; Norcross, Strausser-Kirtland și Missar, 1988; Pope și Tabachnick, 1994; vezi capitolul 17). Este, de asemenea, în total acord cu cercetarea generală a psihoterapiei (Orlinsky, Grawe și Parks, 1994). Dimpotrivă, motivul principal pentru experiențele de tratament *dureroase* ale psihoterapeuților este o relație terapeutică rigidă, distantă și neimplicată (Grunebaum, 1986).

Caracteristicile terapeuților selectați

Pe cine caută profesioniștii în sănătatea mintală pentru propria psihoterapie? Câteva studii de cercetare le-au cerut psihoterapeuților să descrie caracteristicile terapeuților aleși în mod obișnuit, în termeni de demografie, orientare și profesie. În plus, un studiu recent (Norcross, Geller și Kurzawa, 2000) a investigat caracteristicile psihoterapeuților care tratează o mare proporție a colegilor lor profesioniști în sănătatea mintală — care sunt „terapeuții terapeuților".

Variabile demografice

Un vast studiu multidisciplinar condus în 1987 (Norcross, Strausser și alții, 1988) a conținut o serie de itemi privind caracteristicile demografice ale terapeutului terapeutului. Terapeuții bărbați au fost aleși de 80% dintre

respondenții bărbați și de 67% dintre femeile respondenți; 33% dintre femei și 18% dintre bărbați au beneficiat de tratament personal acordat de o femeie. Oricum, aceste cifre globale reprezintă rămășițe istorice. Analizele au determinat că o proporție crescută de femei au căutat femei ca terapeut personal: 31% dintr-un grup cu o medie de vârstă mai mare (cel puțin 10 ani de experiență clinică), dar 43% dintr-un grup cu o medie de vârstă mai mică (mai puțin de 10 ani de experiență). Într-o măsură mai mică, respondenții bărbați au primit mai adesea tratament din partea terapeuților femei: 17% dintre cei experimentați, în comparație cu 22% dintre cei neexperiementați. Acest model a fost repetat în trei discipline profesionale diferite (psihologi, psihiatri, asistenți sociali) și corespunde evoluției demografice a profesioniștilor în sănătatea mintală. Femeile terapeuți mai tinere au primit, în mod consecvent, în procent mai mare tratament personal din partea unei femei terapeut decât respondenții femei mai în vârstă: 41%, în comparație cu 30% dintre psihologi, 33% versus 8% dintre psihiatri și 45% versus 35% dintre asistenții sociali. Aceste rezultate demografice trebuie interpretate în cadrul contextului istoric în care au fost adunate datele; din 1987, o proporție tot mai numeroasă dintre profesioniștii americani în sănătatea mintală sunt femei și noncaucaziene.

92% dintre terapeuții-pacienți au raportat că cel mai recent sau singurul psihoterapeut a fost caucazian. S-a întâmplat rar ca un respondent caucazian să nu fi primit tratament de la un caucazian clinician — doar 3% au beneficiat de tratament din partea unui indian american, a unui negru sau hispanic. În schimb, o jumătate plină dintre respondenții de culoare ($n = 8$) au primit tratament de la un psihoterapeut aparținând minorității lor rasiale.

Sexul și etnia terapeutului terapeutului par să exercite o mai mare influență decât este în mod tradițional recunoscut. Deși acești factori nu au fost incluși în mod specific în studiul criteriilor de selecție (tabelul 16.1) și deși nici unul dintre intervievații lui Grunebaum (1983) nu i-a menționat în mod specific, demografia terapeutului ales s-a potrivit îndeaproape cu cea a respondentului. Chiar și luând în considerare subreprezentarea istorică a minorităților rasiale și a femeilor psihoterapeuți, aceste cifre demonstrează că, în practică, potrivirile client-clinician, din punct de vedere demografic, sunt omniprezente.

Orientarea teoretică

Câteva studii au examinat orientarea teoretică a terapeutului terapeutului, în special modul în care aceasta se asociază cu orientarea

teoretică a terapeutului-pacient. De interes special — şi nelipsite de controverse — au fost predilecţiile teoretice ale terapeuţilor aleşi de terapeuţii comportamentalişti. În cele ce urmează, deplasându-ne de la general către specific, vom revedea rezultatele centrale ale acestor studii.

În general, orientarea aleasă pentru terapia terapeutului a fost cea psihanalitică sau psihodinamică. Orientările teoretice ale psihoterapeuţilor terapeuţilor, aşa cum este înfăţişat în tabelul 16.2, ca urmare a unei vaste investigaţii (Norcross, Strausser şi alţii, 1988), arată că aceasta tinde a fi alegerea în cazul episoadelor de tratament multiple. Terapeuţii eclectici şi umanişti sunt, de asemenea, la căutare; oricum, nu a existat nici o alegere secundară clară de orientare preferată după abordările psihanalitică şi psihodinamică. Ceva mai puţini dintre respondenţi au ales psihanaliza în cazul unui al doilea episod de terapie în comparaţie cu primul, optând în această situaţie mai degrabă pentru terapeuţi mai umanişti şi psihodinamici.

Rezultatele altor studii confirmă în mod clar aceste modele. Uitându-se atent la alegerile terapeutului după formare, de exemplu, Liaboe, Guy, Wong şi Deahnert (1989) au identificat orientarea teoretică a terapeuţilor după încheierea formării. 54% au ales un terapeut dintr-o orientare psihodinamică/psihanalitică, 16% dintr-una eclectică, 8% un terapeut Gestalt şi 7% un terapeut existenţialist. Doar 6% au selectat un terapeut cognitiv-comportamentalist, chiar dacă 14% dintre terapeuţi erau ei înşişi cognitiv-comportamentalişti. Norcross, Strausser-Kirtland şi alţii (1988), pentru un alt exemplu, au raportat că profesioniştii în sănătatea mintală au urmat în număr mare tratament personal cu psihoterapeuţi psihanalişti (41%) sau psihodinamici (18%). 87% dintre respondenţii care au raportat tratament psihanalitic au indicat că terapeutul lor era un psihanalist format. 16% din numărul total au ales un practician înclinat eclectic şi relativ puţini au ales clinicieni din convingerile comportamentalistă şi cognitivă.

Orientările teoretice curente ale terapeuţilor-pacienţi sunt legate, nu surprinzător, de orientarea terapeuţilor lor. Acest model asociativ pentru un studiu (Norcross, Strausser şi alţii, 1988) este prezentat în tabelul 16.3 în diagonala subliniată. În aproape toate cazurile (90%), terapeuţii-pacienţi psihanalişti au ales o terapie psihanalitică (45%) sau psihodinamică (34%). Terapeuţii-pacienţi comportamentalişti au fost cel mai puţin restrictivi în alegerile lor: 44% au ales un terapeut eclectic, 19% un terapeut cognitivist, 19% un terapeut umanist, 12% un psihanalist şi doar 6% un comportamentalist. Aproximativ o treime dintre terapeuţii-pacienţi umanişti au beneficiat de tratament personal din aceeaşi orientare

Tabelul 16.2 Rezumat al experienţelor de terapie personală

Variabila	*Prima terapie*	*A doua terapie*	*A treia terapie*
Media pe vârste a pacientului (ani)	27,6	30,5	38,6
Orientarea tratamentului			
Cognitiv/ comportamentală	4%	9%	5%
Eclectică	11%	12%	13%
Umanistă	15%	20%	16%
Psihanalitică	40%	29%	36%
Psihodinamică	21%	17%	17%
Sistemică	1%	5%	6%

Adaptat după Norcross, Strausser şi Faltus, 1988

umanistă, dar un număr chiar mai mare (34%) au beneficiat de terapie psihanalitică sau psihodinamică. Eclecticii tind să fie mai tradiţionalişti în privinţa alegerii orientării lor, aproape un sfert au beneficiat de un fel de terapie „eclectică".

Cu excepţia psihanaliştilor, psihoterapeuţii manifestă o varietate teoretică considerabilă în ceea ce priveşte alegerea propriei terapii personale, dar favorizează convingerea psihanalitică. Acest model se aplică inclusiv terapeuţilor comportamentalişti.

Ekstein şi Wallerstein (1972), printre alţii, au menţionat motivele conflictuale în căutarea terapiei personale cu cineva din aceeaşi convingere sau dintr-una asemănătoare. Pe de o parte, profesionistul presupune, de obicei, că cea mai bună experienţă psihoterapeutică ar fi una care să fie mai mult sau mai puţin bazată pe aceleaşi principii teoretice pe care le va folosi terapeutul însuşi. Terapia cu cineva care aparţine aceleiaşi şcoli întăreşte modelarea interpersonală, formarea identităţii şi socializarea teoretică. Pe de altă parte, beneficierea de tratament personal cu cineva aparţinând aceleiaşi convingeri teoretice ar putea să fie foarte bine o obligaţie ideologică sau politică. Această identificare ar putea aluneca în convertire, ar putea exclude posibilitatea colaborării cu diferite şcoli, ar putea descuraja schimburile de opinii şi experimentarea şi ar putea împiedica deschiderea minţii. Ekstein şi Wallerstein (1972) repetă gluma: „În casa Tatălui Meu sunt multe locaşuri, dar trebuie să fie bine înţeles că tatăl meu este analist".

Tabelul 16.3 Orientare — Alegerea terapiei personale

	Orientarea respondentului							
Orientarea terapeutului	*COMP (n=16)*	*COG (n=25)*	*ECL (n=150)*	*UM (n=32)*	*PA (n=71)*	*PD (n=110)*	*SIS (n=40)*	*Total*
Comportamentală (COMP)	6%	12%	4%	9%	3%	4%	5%	5%
Cognitivă (COG)	19%	16%	4%	0%	0%	3%	5%	4%
Eclectică (ECL)	44%	28%	24%	22%	1%	6%	5%	16%
Umanistă (UM)	19%	12%	17%	33%	1%	7%	10%	13%
Psihanalitică (PA)	12%	20%	26%	19%	90%	45%	35%	41%
Psihodinamică (PD) 0%	0%	0%	20%	15%	4%	34%	15%	18%
Sistemică (SIS)	0%	12%	5%	3%	0%	1%	25%	3%

Adaptat după Norcross, Strausser şi Faltus, 1988.

Cazul terapeuţilor comportamentalişti

Într-un scurt articol din 1971, intitulat „Where Do Behavior Therapists Take Their Troubles?" („Unde-şi duc terapeuţii comportamentalişti grijile?"), Lazarus a articulat descoperirea sa anecdotică precum că numeroşi terapeuţi comportamentalişti beneficiau de psihanaliză, psihoterapie psihanalitică, terapie Gestalt, terapie existenţială sau alte forme de tratament noncomportamentalist. Articolul său despre alegerea terapiei, care a stârnit controverse considerabile, a indicat că trei terapeuţi comportamentalişti erau în psihanaliză, şapte în psihoterapie psihanalitică, cinci în terapie Gestalt, trei în bioenergie şi patru în terapie existenţială. Mai mult decât atât, mulţi dintre clinicieni experimentaseră sau deveniseră deja profund implicaţi în antrenarea senzitivităţii, grupuri T şi întâlniri maraton. Aceste descoperiri subliniază faptul că terapia comportamentalistă şi terapia orientată pe insight au în mod frecvent scopuri şi obiective diferite. „Am putea să rezumăm cerând *alegeri de tratament* mai degrabă decât tratamente la alegere." (Lazarus, 1971, p. 350)

Cercetările ulterioare mai sistematice au confirmat că un număr considerabil de terapeuţi comportamentalişti caută tratament personal — undeva între 44 şi 66% (vezi capitolul 13) — dar, de obicei, de la colegi noncomportamentalişti. La fel cum Lazarus, Norcross şi Prochaska (1984)

au descoperit că majoritatea terapeuților comportamentaliști *nu* au ales tratament comportamentalist pentru ei înșiși, doar între 6 și 8% din alte două eșantioane au făcut-o. În schimb, alegerile cele mai prevalente printre clinicienii comportamentaliști au fost cele psihanalitice, psihodinamice, eclectice și existențial-umaniste. În mod similar, Darongkamas și alții (1994 p. 168), într-un studiu asupra psihologilor clinicieni britanici, au descoperit că „majoritatea terapeuților cognitiv-comportamentaliști au ales terapeuți din orientări diferite de a lor: 44% au ales terapeuți psihodinamici, 22% au ales eclectici, 22% terapeuți din alte orientări și doar 11% au ales terapeuți cognitiv-comportamentaliști". Întorcându-ne în Statele Unite, Norcross, Strausser și alții (1988), într-un studiu multidisciplinar vast, au descoperit că mai puțin de unu din zece terapeuți comportamentaliști a ales tratament comportamentalist pentru el însuși. În schimb, aceștia au preferat tratamentul eclectic, psihanalitic și umanist, cu un coeficient de mai mult de doi la unu față de tratamentul comportamentalist. Concomitent, puțini dintre psihoterapeuții *non*comportamentaliști — între 5 și 10%, în funcție de studiu — au ales terapia comportamentalistă pentru ei înșiși.

Unde, atunci, își duc terapeuții comportamentaliști (și alții) grijile? Majoritatea aleg să facă acest lucru cu profesioniști în sănătatea mintală de convingeri noncomportamentaliste. Cu excepția psihanaliștilor, psihoterapeuții demonstrează destulă varietate în alegerea propriei terapii personale. Așa cum a observat și Lazarus (1971), sistemele psihodinamice de psihoterapie rețin o atenție sporită pentru aceia care pot să beneficieze de o autoexplorare intensă. Acesta pare să fie în special cazul psihoterapeuților, a căror eficacitate este strâns legată de propria conștiență, stimă și abilități interpersonale. Așa cum este și cazul clienților noștri, clinicienii contemporani caută în terapie atât o schimbare la nivel comportamental, cât și o înțelegere de sine crescută (Buckley și alții, 1981).

Joseph Wolpe, unul dintre fondatorii terapiei comportamentaliste, a făcut excepție de la aceste rezultate. În scrisoarea sa către un editor de ziar (1988, p. 509), i-a acuzat pe Norcross și colegii de repetarea „afirmației scandaloase conform căreia majoritatea terapeuților comportamentaliști nu caută tratament comportamentalist pentru ei înșiși. Dacă acest lucru ar fi adevărat, ar dovedi un cinism și o imoralitate nemăsurate. Ar dovedi, de asemenea, o indiferență remarcabilă, în contextul propriilor nevoi, față de eficiența superioară a terapiei comportamentaliste pe care numeroasele studii au demonstrat-o".

Cititorii pot judeca singuri dacă rezultatele consecvente pe această temă „dovedesc un cinism și o imoralitate nemăsurate" la adresa

terapeuților comportamentaliști, dar rezultatele empirice sunt foarte consecvente în cursul tuturor studiilor. Există câteva explicații alternative care ni se par la fel de puțin elaborate, dar mai verosimile. În primul rând, puțini terapeuți comportamentaliști — autoidentificați sau aprobați de Wolpe — au fost disponibili atunci când clinicienii căutau tratament personal cu mulți ani în urmă, și astfel terapia comportamentalistă poate fi într-adevăr subreprezentată. În al doilea rând, o conștiință crescută și înțelegerea personală sunt scopuri profund valorizate în terapia unui terapeut. Ameliorarea simptomului per se a fost cotată drept cel mai puțin importantă dintre toate rezultatele, într-unul dintre studiile asupra experiențelor de tratament ale psihoterapeuților (Buckley, Karasu și Charles, 1986), deși apreciem cu dragă inimă că pentru Wolpe lucrurile ar putea să nu stea așa. Un nivel de conștiență crescută și înțelegerea personală prin autoexplorare reprezintă scopuri viabile, în general și în sine, în special pentru terapeuții comportamentaliști în stare de activitate relativ bună.

Lazarus, al cărui articol inițial a precipitat controversa, a înaintat o poziție mai moderată, bazată pe evidențe. În corespondența personală, Lazarus (1971, vezi și Fay și Lazarus, 1984, p. 126) a rezumat lucrurile după cum urmează:

> Lucrarea mea din 1971, pe tema predilecției terapeuților comportamentaliști pentru selectarea terapeuților noncomportamentaliști în vederea propriului tratament, a fost citată și înțeleasă greșit de mai multe persoane decât am fost capabil să urmăresc. După cum știți foarte bine, ideea *nu* era aceea că terapeuții comportamentaliști cred în superioritatea intrinsecă a psihanalizei sau a oricărei alte abordări noncomportamentaliste. Articolul *nu* a spus că terapeuții comportamentaliști sunt niște prefăcuți care în secret recunosc faptul că sistemele noncomportamentaliste sunt mai bune. Cu toate acestea, fiecare dintre afirmațiile în curs a fost făcută în măsuri diferite. Mai mult decât atât, dacă mi s-ar ordona să intru într-o terapie personală astăzi, de ce nu aș alege un terapeut comportamentalist? Pentru că *funcționez* relativ bine. Dacă ar fi să dezvolt frici specifice, compulsii, complicații sexuale, deficite sociale sau alte modele nonfuncționale, m-aș îndrepta degrabă la un terapeut comportamentalist pentru ajutor. Oricum, de vreme ce nu am acest gen de complicații specifice, terapia comportamentalistă nu are ce să îmi ofere.

Disciplina profesională

În contrast cu atenţia uriaşă acordată orientării teoretice a terapeutului terapeutului, mult mai puţin i se alocă disciplinei profesionale. Într-adevăr, am reuşit să identificăm un singur articol de cercetare publicat în Statele Unite, care se adresează acestei probleme în mod empiric.

Psihoterapeuţii au primit tratament în decursul istoriei de la psihiatri, psihologi, asistenţi sociali, consilieri şi analişti nespecializaţi, în această ordine generală (Norcross, Strausser şi alţii, 1988). Oricum, există o paletă de preferinţe definite pe baza disciplinei profesionale. 36% dintre psihologi au beneficiat de tratament de la colegi psihologi, iar 35% de la psihiatri. Psihiatrii au căutat în mod obişnuit alţi psihiatri — 82% de-a lungul timpului. Asistenţii sociali au reprezentat singurul grup mai dispus să intre în tratament cu un terapeut dintr-o disciplină diferită de a lor. De fapt, ei aleg psihatri (45% din timp) şi psihologi (25%) mult mai frecvent decât colegi asistenţi sociali (19%).

Aceste rezultate, oricum, reflectă disponibilitatea istorică a psihoterapeuţilor, ca opusă tendinţelor mai contemporane. Într-un studiu (Norcross, Strausser şi alţii, 1988; Norcross, Strausser-Kirtland şi alţii, 1988), au fost examinate disciplinele profesionale ale terapeuţilor personali de-a lungul anilor, pentru a putea discerne shimbările în timp. Analizele rezultate au indicat că psihoterapeuţii mai tineri caută din ce în ce mai mult asistenţă de la psihoterapeuţii nonmedici, în mod special de la psihologi. Psihologii mai tineri, de exemplu, au căutat terapie la colegii lor psihologi mai frecvent (46%) decât psihologii mai în vârstă (32%). De fapt, şi profesia psihoterapeutului preferată pentru terapia personală a asistenţilor sociali a devenit în ultima vreme tot cea de psiholog, şi nu cea de psihiatru. Mai recent, asistenţii sociali au căutat proporţional mai mult psihologi (33% vs 25%) şi asistenţi sociali (30% vs 18%), dar mai puţin psihiatri (30% vs 52%).

Schimbările istorice în selecţia de către clinicieni a propriilor terapeuţi sunt impresionante. Creşterea disponibilităţii şi cea a profesionalizării psihoterapeuţilor nonmedici sunt explicaţiile evidente. În anumite privinţe, este încurajator să observi cum au crescut proporţiile profesioniştilor în sănătatea mintală trataţi de membri ai aceluiaşi sex şi discipline. Aceste experienţe de tratament pot intensifica validarea personală şi socializarea profesională. În alte privinţe, oricum, acest model reieşit poate promova îndoctrinarea profesională şi „înrudirile" teoretice. Rezultatele ideale pentru psihoterapia personală, din perspectiva noastră, nu ar trebui să fie compartimentarea sau izolarea,

ci mai degrabă schimburile interpersonale semnificative și experiențele de învățare diferite.

În cotațiile de selecție a unui terapeut personal (tabelul 16.2), profesia specifică a psihoterapeutului ales a fost cotată ca o variabilă ușor influențabilă (M = 1,94 pe o scală de 5 puncte), iar orientarea teoretică moderat influențabilă (M = 3,56). Datele actuale cu privire la alegerea profesiei și alegerea orientării teoretice confirmă această influență. Profesia și orientarea terapeutului selecționat par să fie accentuate pentru anumite subgrupuri, în special psihiatri și psihanaliști, mulți dintre ei fiind istoric restricționați în selecția lor la analiștii avizați din institutele de formare. Astfel, așa cum psihiatrii au căutat colegi psihiatri pentru tratament personal în 82% din cazuri, se poate întâmpla la fel de bine ca potențialul pacient să se limiteze frecvent la a alege un psihiatru experimentat. Într-un mod similar, pacientul orientat psihanalitic și-a limitat căutarea terapeutului la cei din aceeași orientare, și de-abia *apoi* a urmărit criteriile pătrunderii și grijii.

Caracteristicile terapeuților terapeuților

Un studiu național asupra psihologilor psihoterapeuți a descoperit că 16% se consideră categoric ca fiind terapeut pentru terapeuți, 25% probabil (28, poate 26% probabil că nu, și 6%, cu siguranță nu). O serie de analize statistice au identificat corelările demografice, profesionale și cazuistice ale acelor psihologi care s-au desemnat a fi terapeuți pentru terapeuți și a căror cazuistică a cuprins un procent relativ mare de profesioniști în sănătatea mintală (cel puțin 10%) (Norcross, Geller și Kurzawa, 2000).

În ceea ce privește demografia, psihologii care tratau în mod obișnuit alți terapeuți aveau o experiență clinică semnificativ mai mare (M de 23 de ani versus 19 ani) și era mai probabil ca aceștia să le fie colegi în asociațiile profesionale (58% colegi versus 29% membri). Nu a fost observată nici o diferență între cele două grupuri în privința vârstei, sexului sau rasei/etniei.

În ceea ce privește variabilele profesionale, psihologii care acordau terapie unui procent mai mare de profesioniști în sănătatea mintală era mai probabil să fi fost angajați ai departamentelor universitare și ai școlilor medicale. Orientarea teoretică a avut o legătură semnificativă cu procentul autoevaluat de profesioniști în sănătatea mintală tratați în primii trei ani. În mod specific, 41% terapeuți psihanaliști/psihodinamici,

36% terapeuți umaniști, 32% interpesonali, 23% eclectici/integrativi și 17% terapeuți cognitiviști au raportat că 10% din cazuistica lor era reprezentată de egalii lor.

În privința variabilelor cazuisticii, psihologii care au tratat un procent mai mare de profesioniști în sănătatea mintală erau distinși prin trei variabile. În primul rând, au raportat un procent semnificativ mai mare de psihologi (dar nu psihiatri, asistenți sociali, consilieri sau alți terapeuți) în cadrul cazuisticii lor de profesioniști în sănătatea mintală (*M* de 43% vs 33%). În al doilea rând, au înregistrat un procent semnificativ mai scăzut de terapeuți cognitiv-comportamentaliști în cazuistica lor psihoterapeutică (*M* = 17% vs 29%). În al treilea rând, punct legat de cel anterior, aceștia au tratat un procent semnificativ mai mare de psihanaliști/terapeuți psihodinamici (*M* = 34% vs 17%). Oricum, nu a fost găsită nici o diferență semnificativă în termeni de procente de terapeuți acceptați din alte orientări teoretice, surse de referință sau formate de terapie practicate.

Datele culese din perspectiva terapeutului terapeuților susțin și întăresc datele colectate de la terapeuții-pacienți despre terapeuții lor. Terapeuții terapeuților sunt, nu în mod surprinzător, mai în vârstă și mai împliniți în domeniul lor. Este probabil ca aceștia să fie angajați pe o poziție mai înaltă sau pe poziții academice, precum cele din universități sau școli medicale. Terapeuții terapeuților, cel puțin din autocaracterizări, sunt în mod semnificativ mai înclinați spre orientările psihodinamică și orientată pe insight. Pe de altă parte, este mult mai posibil ca terapeuții terapeuților să trateze colegi de convingere psihanalitică și mult mai puțin probabil ca aceștia să trateze terapeuți cognitiv-comportamentaliști. Deși cerute în moduri diferite și culese din perspective diferite, aceste date coincid cu rezultatele prealabile privind alegerile de terapie personală ale terapeuților comportamentaliști și cognitiv-comportamentaliști.

Comentarii de încheiere

În acest capitol ne-am străduit să examinăm dovezile cercetărilor cu privire la selecția și caracteristicile terapeutului terapeuților. Dat fiind că rezultatele obținute din studii diferite sunt în general concordante atât între ele, cât și cu experiențele noastre clinice, ne vedem obligați să repetăm că numărul de studii este mic, în mare parte limitat la Statele Unite și în totalitate bazat pe autoevaluări. Mai mult decât atât, selecția unui terapeut personal — ca și aceea a unui partener — poate să nu fie

în totalitate conştientă, iar motivele pot să devină accesibile de-abia după mulţi ani de reflecţie. Poate că aşa cum a afirmat Burton (1973, p. 96): „Selecţia unui vindecător de către vindecători este făcută pe o bază dinamică preconştientă sau subconştientă şi apoi raţionalizată în termeni de câteva calităţi." Indiferent dacă acest lucru este adevărat sau nu, acesta va fi cunoscut doar pe baza mai multor cercetări şi analize asupra procesului complex al terapeuţilor selectând un terapeut personal.

Bibliografie:

Buckley, P., Karasu, T.B. şi Charles, E., „Psychoterapists view their personal therapy" în *Psychotherapy*, 18, 1981, p. 299-305

Burton, A., „The psychotherapist as client" în *American Journal of Psychoanalysis*, 13, 1973, p. 94-103

Chessick, R.D., „The sad sould of the psychiatrist" în *Buletin of the Menninger Clinic*, 42, 1978, p. 1-9

Clark, M.M., „Personal therapy: A review of empirical research" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 1986, p. 541-543

Darongkamas, J., Burton, M.V. şi Cushway, D., „The use of personal therapy by clinical psychologists working in the NSS in the United Kingdom" în *Psychology and Psychotherapy*, 1, 1994, p. 165-173

Ekstein, R., şi Wallerstein, R.S., *The teaching and learning of psychothrapy*, Basic Books, New York, 1972

Fay, A., şi Lazarus, A.A., „The therapist in behavioral and multimodal therapy" în F.N. Kaslow (editor), *Psychotherapy with psychotherapists*, Haworth, New York, 1984, p. 123-146

Greenberg, R.P. şi Staller, J., „Personal therapy for therapists" în *American Journal of Psychiatry*, 138, 1981, p. 1467-1471

Grunebaum, H., „A study of therapists' choice of therapist" în *American Journal of Psychiatry*, 140, 1983, p. 1336-1339

Grunebaum, H., „Harmful psychotherapy experiences" în *American Journal of Psychiatry*, 40, 1986, p. 165-176

Lazarus, A.A., „Where do behavior therapists take their troubles?" în *Psychological Reports*, 28, 1971, p. 349-350

Liaboe, G.P., Guy, J. D., Wong, T. şi Deahnert, J.R., „The use of personal therapy by psychotherapists" în *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 1989, p. 115-134

Macaskill, N.D., „Personal therapy in the training of the psychotherapists: Is it efective?" în *British Journal of Psychotherapy*, 4, 1988, p. 219-226

Macran, S. şi Shapiro, D., „The role of personal therapy for therapists: A review" în *British Journal of Medical Psychology*, 71, 1998, p. 13-25

Norcross, J.C., Geller, J.D. şi Kurzawa, E.K., „Conducting psychotherapy with psychotherapists: I. Prevalence, patients, and problems." în *Psychotherapy*, 37, 2000, p. 199-205

Norcross, J.C. şi Prochaska, J.O., „Where do behavior and other therapists take their troubles?" în II. *BehaviorTherapist*, 7, 1984, p. 26-27

Norcross, J.C. Strausser, D.J. şi Faltus, F.J., „The therapists's therapists" în *American Journal of Psychotherapy*, 42, 1988, p. 53-66

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. şi Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences" în *Psychotherapy*, 25, 1988, p. 36-43

Orlinsky, D.E., Grawe, K. şi Parks, B.K., „Process and outcome in psychotherapy", A.E. Bergin şi S.L. Garfield (editori) în *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York, 1994, p. 270-376

Pope, K.S. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-158

Wolpe, J., „Letter to the editor." în *American Journal of Psychotherapy*, 42, 1988, p. 509

Capitolul 17

Rezultate și impacturi ale psihoterapiei psihoterapeutului

Analiză de cercetare

de David E. Orlinsky, John C. Norcross, M. Helge Rønnestad
și Hadas Wiseman

Anterior în această carte, ne-am documentat asupra folosirii extensive și intensive a terapiei personale de către psihoterapeuții din diferite cadre profesionale și orientări teoretice atât din Statele Unite, cât și din alte țări (vezi capitolele 13–16). Acum putem să ne întrebăm: „Ce face toată această terapie personală pentru terapeuți?" Par să justifice beneficiile pe care terapeuții le primesc larga răspândire a acestei practici?

Argumentele raționale ale terapeuților de a intra în terapie sunt atât personale, cât și profesionale. În ceea ce privește aspectul personal, terapeuții își doresc să primească ajutorul care să le permită să își trăiască viețile mai fericiți, în această privință nediferind prea mult de pacienții lor. Din punct de vedere profesional, există o perspectivă foarte veche îmbrățișată de mulți autori, conform căreia terapia personală este o condiție de dorit, dacă nu esențială pentru munca clinică. În acest capitol, vom revedea dovezi de cercetare privind impactul terapiei psihoterapeuților asupra vieților lor personale și asupra dezvoltării profesionale a acestora. Vom extinde, de asemenea, baza de cercetare anterioară, adăugând noi rezultate adunate dintr-un vast studiu internațional asupra psihoterapeuților.

Rezultate personale

Beneficii

În cursul deceniilor trecute, unele studii au raportat cotațiile rezultatelor terapeuților în urma propriei terapii personale. Deși studiile au

pus întrebarea în moduri diferite, rezultatele autoevaluate au fost consecvent pozitive, după cum se arată în tabelul 17.1. În general, majoritatea practicienilor evaluați — incluzând peste 1.400 de terapeuți americani și aproape 1.000 de britanici — au prezentat faptul că terapia lor personală le-a fost de ajutor. De-a lungul a șase studii, 90% sau mai bine au fost satisfăcuți de tratamentul primit. Excepția a făcut-o studiul asupra profesiilor de sănătate mintală al lui Henry, Sims și Spray (1971), unde doar între 68 și 71% s-au declarat satisfăcuți de terapia lor personală (în parte date fiind cotațiile mai scăzute în rândul psihiatrilor). Chiar și când s-au luat în calcul disonanța cognitivă și amintirile optimiste, majoritatea terapeuților par să fi avut experiențe puternic pozitive. Mai mult decât atât, psihoterapeuții prezintă îmbunătățiri în arii multiple: stimă de sine, activitatea la lucru, viață socială, conflicte caracterologice și severitatea simptomelor. Rezultatele autoînregistrate privind îmbunătățirea simptomelor comportamentale, pătrunderii cognitive și eliberării emoționale sunt practic identice (Norcross, Strausser-Kirtland și Missar, 1988), poate, cu ameliorarea simptomatică ușor mai scăzută (Buckley, Karasu și Charles, 1981).

Mai multe rezultate privind beneficiile personale ale psihoterapiei experimentate de terapeuți survin din studiul internațional condus de

Tabelul 17.1 Rezumatul cotațiilor terapeuților privind eficiența terapiei lor personale

Studiu	*Eșantion*	*% Eficient sau folositor*
Buckley, Karasu și Charles (1981)	97 psihoterapeuți americani	Între 94% (stimă de sine îmbunătățită) și 73% (ameliorarea simptomului)
Henry, Sims și Spray (1971)	117 psihologi, psihiatri și asistenți sociali americani	Între 68% și 71%
Liaboe, Guy, Wong și Dealnert (1989)	232 psihologi americani	95%
Norcross, Dryden și DeMichele (1992)	993 psihologi britanici	90%
Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988)	508 psihologi americani	92%
Patterson și Utesch (1991)	33 terapeuți de familie	97%
Pope și Tabachnick (1994)	476 psihologi americani	99% (86% foarte sau excepțional de folositor)

Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (Reţeaua de Cercetare Colaborativă a Societăţii pentru Cercetarea Psihoterapiei) (Orlinsky şi alţii, 1999; Orlinsky şi Rønnestad, în presă). Cum parte a atenţiei a fost acordată factorilor asociaţi cu dezvoltarea profesională, acest studiu a cules date despre experienţele de terapie personală de la peste 5.000 de terapeuţi din diverse profesii şi orientări teoretice variate, din peste o duzină de ţări.

În mare parte, aproape 80% dintre cei evaluaţi s-au prezentat ca a fi beneficiat de cel puţin un episod de terapie personală, iar celor care beneficiaseră de terapie li s-a cerut să-şi descrie experienţele de terapie specifice. Parte din informaţia cerută a fost cotaţia terapeutului asupra „valorii pentru tine ca persoană" a tratamentului, pe o scală de 6 puncte (de la 0, „nici una", la 5, „foarte mare"). Această măsură de autoevaluare este tipică pentru studiile de tip rezultate în ceea ce priveşte „satisfacţia clientului" şi este independentă de cotaţiile de rezultate făcute din alte perspective (vezi Orlinsky, Rønnestad şi Willutzki, 2004). În ceea ce priveşte folosirea acesteia în studiul prezent, menţionăm că psihoterapeuţii sunt, după cum se poate demonstra, cei mai discriminatori consumatori de terapie pe care şi-i poate imagina cineva.

Tabelul 17.2 rezumă rezultatele acestei cotaţii pentru prima terapie catalogată, prezentată de 3.629 de terapeuţi (care nu este în mod necesar şi prima terapie de care au beneficiat). Rezultatele susţin în mod evident procentele înalte ale rezultatelor pozitive regăsite în cercetarea anterioară. În general, 88% au evaluat rezultate pozitive, folosind jumătatea superioară a scalei 0–5 (de exemplu: 3, 4 sau 5) pentru a cota valoarea personală a terapiei lor. Cu un criteriu mai riguros (de exemplu: 4 sau 5 pe o scală 0–5), 72% au apreciat valoarea personală a terapiei lor ca „mare" sau „foarte mare".

În ciuda unor variaţii în anumite procentaje, rezultatele au fost în general consecvente în diferitele ţări. Beneficiul pozitiv (>3) a fost apreciat de peste 90% dintre terapeuţii din şase ţări (Spania, Portugalia, Israel, Rusia, Germania, Danemarca), şi cu între 80 şi 90% de terapeuţii din alte şase ţări (Elveţia, Coreea de Sud, Suedia, Noua Zeelandă, Norvegia şi Statele Unite). Beneficiul mare sau foarte mare (4–5) a fost evaluat de peste două treimi dintre terapeuţii din 11 din cele 13 ţări despre care avem date.

Se spune uneori că aspectul crucial în ceea ce priveşte terapia personală este ca terapeuţii să aibă cel puţin o experienţă de mare beneficiu personal, astfel încât să achiziţioneze un sens al puterii terapiei care poate fi comunicat propriilor pacienţi. Pe acest criteriu, o măsură mai bună a

Tabelul 17.2 Beneficii personale ale terapiei: Primul tratament catalogat

		Beneficiu personal		
Eşantion	*N*	*Nici unul*	*Pozitiv*	*Puternic pozitiv*
Statele Unite	805	0,5%	88,0%	71,8%
Germania	771	0,8	92,2	75,9
Elveţia	228	0,4	88,2	72,8
Norvegia	549	2,0	84,9	65,4
Danemarca	130	0,8	90,8	74,6
Suedia	102	1,0	87,3	68,6
Portugalia	106	0,0	94,3	87,7
Spania	137	0,0	94,9	81,0
Belgia	98	8,2	78,6	63,3
Coreea de Sud	110	1,9	87,5	73,1
Noua Zeelandă	194	1,0	87,1	72,2
Israel	90	1,1	83,3	73,3
Rusia	73	2,7	89,0	72,6
Total	3,629	1,2	88,4	72,2

Notă. „Nici unul" = cotaţie de 0 pe o scală de beneficii de la 0 la 5 (0 = deloc; 5 = foarte mare); „Pozitiv" = cotaţie ≥ 3 pe o scală de la 0 la 5; „Puternic pozitiv" = cotaţie de 4 sau 5 pe o scală de la 0 la 5

impactului terapiei personale decât a primului tratament catalogat ar putea fi o revizuire a rezultatelor bazate pe multiplele terapii pe care terapeuţii le-au raportat. Tabelul 17.3 prezintă procentajele terapeuţilor care au experimentat cel puţin o terapie personală de valoare mare sau foarte mare pentru ei (4 sau 5 pe scala 0–5). În general, 85% dintre peste 3.600 de terapeuţi au raportat faptul de a fi beneficat de cel puţin o astfel de experienţă pozitivă (iar cei care nu au avut-o încă este de aşteptat să o aibă). Cifrele pentru ţări diferite variază între o minimă de 78–80% (Coreea de Sud, Norvegia, Rusia) şi o maximă depăşind 90% (Portugalia, Spania, Suedia). Este, într-adevăr, crucial ca terapeuţii să aibă cel puţin o experienţă excelentă în terapia lor personală, iar aceste date afirmă că majoritatea terapeuţilor sunt foarte bine pregătiţi în această privinţă.

Mare parte a dovezilor prezentate astfel au fost bazate pe declaraţiile pe proprie răspundere ale terapeuţilor cu privire la terapia lor personală

Tabelul 17.3 Procentajul terapeuților care au apreciat una sau mai multe terapii personale înalt benefice

Eșantion	*N*	*≥ 1 experiență de terapie personală înalt benefică*
Statele Unite	808	85,4%
Germania	778	85,3
Elveția	228	89,0
Norvegia	551	77,9
Danemarca	130	87,7
Suedia	102	92,2
Portugalia	107	93,5
Spania	137	92,2
Belgia	98	86,7
Coreea de Sud	104	77,9
Noua Zeelandă	195	89,2
Israel	90	88,9
Rusia	73	79,5
Total	3,622	85,1

și sunt astfel vulnerabile formelor variate de prejudecată. Mărturii mai puțin direcționate conștient și, prin urmare, mai puțin predispuse prejudecăților au fost găsite printre 581 de terapeuți americani și au fost replicate pe 318 terapeuți norvegieni de către Orlinsky, Rønnestad, Wiseman și Botermans (2002). Pe lângă întrebările legate de terapia lor personală, acelor terapeuți li s-a cerut să coteze calitatea experiențelor lor din copilărie, răspunzând la următoarele întrebări: „În general, atunci când ai crescut, de la ce vârstă ai experimentat un mod de a fi îngrijit/ă și susținut/ă sincer? Familia în care ai crescut funcționează bine din punct de vedere psihologic și afectiv?" Răspunsurile la aceste întrebări au fost combinate pentru a forma o scală foarte solidă a calității vieții timpurii, care, atunci când a fost analizată, s-a descoperit a fi moderat, dar semnificativ, corelată cu cotațiile terapeuților cu privire la satisfacția vieții curente și a stării de bine, cu modul în care se privesc pe ei/ele înșiși/înșele în relații personale apropiate și cu calitatea experienței lor în munca terapeutică. Astfel, calitatea experiențelor din copilărie ale terapeuților au avut o influență clară și atotpătrunzătoare asupra experienței lor curente adulte. Oricum, rezultatul cel mai important în contextul prezent a fost că aparenta influență a experienței copilăriei asupra experienței adulte curente a fost notabil mai scăzută în cazul

terapeuţilor care experimentaseră o terapie personală înalt benefică. De exemplu, corelaţia dintre calitatea experienţei din copilărie şi satisfacţia vieţii curente a fost foarte semnificativă (r = ,25, P = ,01) pentru 149 de respondenţi care nu au avut o experienţă înalt benefică în terapia lor personală şi a fost mult mai mică (r = ,07, P = nesemnificativ din punct de vedere statistic) pentru 750 de respondenţi care au beneficiat de o terapie personală înalt benefică. Diferenţiale similare în corelaţiile dintre experienţele din copilărie şi cele din viaţa adultă au fost găsite pentru măsuri de sprijin cum sunt: „căldura" şi „deschiderea" în imaginea de sine personală şi pentru „implicarea în vindecare" şi „gestionarea constructivă a conflictelor" în experienţa de lucru terapeutică.

Efecte negative

În acelaşi timp, cum se întâmplă în toată psihoterapia, o minoritate de profesionişti în sănătatea mintală au raportat rezultate nule sau chiar negative ale terapiei lor personale. Procentajele precise diferă în funcţie de eşantion şi de formatul de răspuns. Oricum, procentajele din tabelul 17.1 sugerează că rezultatele nule sau dăunătoare oscilează între 1 şi 10%. În mod similar, procentajele rezultatelor nesatisfăcătoare sau nonbenefice arătate în tabelul 17.2 variază între 0 şi 8%, deşi cifrele au depăşit valoarea de 3% doar într-o ţară, iar media generală pentru eşantion a fost de 1%. Aceste rezultate sunt comparabile favorabil estimării de 9–11% rezultate negative făcute de Lambert, Shapiro şi Bergin (1986) pentru studii de terapie în general.

Diferit de rezultatele globale, o întrebare separată este frecvent pusă în studii de acest gen: a fost terapia/analiza ta dăunătoare în vreun fel? În patru studii, această întrebare a provocat răspunsuri afirmative de la între 8 (Norcross şi alţii, 1988), 11% (Grunebaum, 1986), 21 (Buckley şi alţii, 1981) şi 22% (Pope şi Tabachnick, 1994) persoane din eşantion. Nivelul de rău autocotat în aceste studii a fost, pentru marea parte, de ordin moderat. În studiul lui Pope şi Tabachnick (1994), de exemplu, doar 2% dintre psihologi au evaluat că experienţele lor de terapie personală au fost foarte dăunătoare.

Am identificat cinci lucrări care au avut menirea să descopere covariabile ale terapiilor personale dăunătoare. Buckley şi alţii (1981) au constatat că „a visa despre terapeut" şi „a simţi că terapeutul era cea mai importantă persoană din viaţa mea" au fost semnificativ corelate cu cotaţii de dăunător, conducând astfel autorii să speculeze că sentimentele de

trasfer conflictual nerezolvat joacă un rol important în experienţele de terapie dăunătoare. Pe de altă parte, experienţele de simpatie reciprocă şi a fi înţeles de terapeut sunt factori corelaţi cu majoritatea rezultatelor pozitive.

Norcross şi alţii (1988) au evaluat statistic incidenţa vătămării în cadrul caracteristicilor terapeutului-pacient, a terapeuţilor lor şi a situaţiei tratamentului într-un larg studiu asupra psihologilor, psihiatrilor şi asistenţilor sociali în Statele Unite. Psihologii sunt mai predispuşi să raporteze efecte negative ale terapiei personale decât asistenţii sociali (12% vs 4%; 7% pentru psihiatri). Terapeuţii-pacienţi care au raportat rezultate negative au avut în general terapeuţi mai tineri (şi se presupune, mai puţin experimentaţi), terapeuţi a căror profesie era descrisă ca fiind cea de consilier şi terapeuţi cu o orientare eclectică, sistemică sau comportamentalistă. În sfârşit, terapeuţii care au fost trataţi în colegii/centre de sănătate studenţeşti (probabil atunci când au fost studenţi, în situaţii în care terapeuţii sunt adesea în stagiul de formare) sunt mai predispuşi decât alţii să raporteze un rezultat negativ.

Norcross, Dryden şi DeMichele (1992), într-un studiu asupra psihologilor britanici, au descoperit, de asemenea, că terapeuţii-pacienţi ai terapeuţilor mai tineri au raportat rezultate semnificativ mai slabe; că terapeuţii comportamentalişti au perceput o frecvenţă disproporţionată a tratamentului ineficient; şi acel rezultat a fost semnificativ legat de profesia terapeutului — dar în acel eşantion, psihoterapia oferită de consilieri a fost cotată ca *mai* eficientă decât cea condusă de membri ai altor profesii.

Grunebaum (1986) a rezumat interviurile cu 47 de terapeuţi-pacienţi care au răspuns anunţurilor din newsletter-uri profesionale, prin care se căutau persoane care experimentaseră o psihoterapie „dăunătoare". Experienţele de terapie dăunătoare s-au grupat în jurul a cinci teme: terapeuţi distanţi şi rigizi, terapeuţi seducători emoţional, o potrivire scăzută pacient-terapeut, terapii explicit sexuale şi multiplele încurcături cu terapeuţii.

Pope şi Tabachnick (1994) i-au întrebat pe respondenţii lor (psihologi americani) ce le-a cauzat cea mai mare durere în cadrul terapiei lor personale. Printre cele 25 de categorii în care răspunsurile au fost sortate, cele mai frecvente au fost: actele sexuale sau tentativele de acte sexuale ale terapeutului asupra pacientului, incompetenţa, comportamentul sadic sau abuziv emoţional, eşecul general în înţelegerea pacientului, relaţiile duale nonsexuale şi încălcarea limitelor. Analizele statistice ulterioare au revelat că astfel de cotaţii de vătămare au fost asociate cu erorile sau

lipsa de amabilitate ale terapeutului, manifestarea interesului sexual din partea terapeutului și atracția sexuală a pacienților respondenți față de terapeut.

În concluzie, un număr mare de terapeuți din Statele Unite și din peste o duzină de alte țări, evaluați într-un număr de studii independente, au mărturisit că au experimentat în mod considerabil niveluri înalte de beneficiu personal ca pacienți în terapie. Rezultate negative au fost înregistrate relativ rar, iar factorii asociați cu acestea sunt practic similari cu deficiențe și abuzuri care sunt considerate a cauza prejudicii pacienților.

Impacturi profesionale

Dincolo de problema rezultatelor personale, terapia terapeutului este adesea văzută ca de dorit sau chiar o condiție necesară în munca de clinică. De exemplu, în „Analiza terminabilă și interminabilă", Freud (1937/1964, p. 246) întreba despre persoana care dorea să devină analist: „Unde și cum este posibil pentru un sărac nenorocit să dobândească acele calificări ideale de care va avea nevoie în profesia sa? Răspunsul este: într-o analiză proprie, prin care își începe pregătirea pentru activitatea viitoare".

Bineînțeles că importanța relativă atașată terapiei personale variază în funcție de orientarea teoretică (Garfield și Kurtz, 1976; Greenberg și Staller, 1981; Guy și Liaboe, 1986; Norcross și alții, 1992; Wiseman și Shefler, 2001). La un capăt al spectrului sunt cei care pretind că terapia personală se impune doar atunci când disfuncțiile clinicianului perturbă în mod semnificativ serviciile clinice (vezi Kelly și alții, 1978). La cealaltă extremă sunt cei ca Fromm-Reichmann (1959, p. 42) care au scris că „orice încercare de psihoterapie intensivă este încărcată de pericole, drept pentru care este inacceptabilă", atunci când nu este precedată de analiză personală. În cele care urmează, examinăm dovezile legate de impactul terapiei personale asupra dezvoltării profesionale și a eficacității clinice a psihoterapeuților.

Dezvoltarea profesională

În citatul precedent, Freud (1937/1964) a avansat perspectiva conform căreia terapia personală, experimentată ca analiză de formare, este fundamentală pentru dezvoltarea abilităților terapeutice și a capacității

candidatului în formare. Fondatorul psihoterapiilor moderne i-a sfătuit, de asemenea, pe analiști să intre în terapie personală suplimentară la fiecare cinci ani, susținând credința sa că terapia personală rămâne o resursă esențială pentru practica clinică efectivă și pentru dezvoltarea profesională continuă.

Deși mulți terapeuți, incluzând mulți psihanaliști, nu mai tratează pacienții în același fel pe care l-a prescris Freud, înțelepciunea sa în materie de formare și dezvoltare terapeutică a devenit o parte acceptată a practicii convenționale. De exemplu, în studiul lor clasic asupra psihoterapeuților din America, Henry și alții (1971, p. 150) menționau:

> De vreme ce competența într-o formă înalt specializată de interacțiune socială constituie o cerință pentru toți profesioniștii în sănătatea mintală, nu este surprinzător că tipurile de experiențe de socializare [profesională] cel mai adesea menționate ca fiind importante sunt supervizarea, experiențele de lucru, contactul cu pacienții, domeniul de lucru și terapia personală. Fiecare dintre aceste aspecte numără aproape 10 procente sau mai mult în ceea ce privește primele alegeri ale practicienilor. Majoritatea respondenților lor au valorificat puternic experiențialul în pofida învățării didactice și au acordat o cotație relativ scăzută influenței membrilor facultății și cursurilor de lucru în a deveni psihoterapeut.

Rezultate similare au fost înregistrate în cadrul unui studiu recent asupra a 4.000 de terapeuți dintr-un număr de țări (Orlinsky, Botermans și Rønnestad, 2001). Terapia personală a fost consecvent găsită ca încadrată printre primele trei surse de influență pozitivă în dezvoltare, după experiența directă cu pacienții și supervizarea de caz formală. A fost cotată, în mod clar, înaintea experiențelor didactice ca participarea la cursuri și seminarii și citirea revistelor de specialitate (excepție făcând doar terapeuții cognitiv-comportamentaliști). Pentru terapeuții cei mai experimentați, cu o practică de 25 până la 50 de ani, terapia personală a devenit a doua cea mai înalt cotată influență asupra dezvoltării.

În general, mai mult de trei sferturi dintre terapeuții din studiu au raportat că terapia lor personală a avut o influență puternic pozitivă asupra propriei dezvoltări ca terapeuți, în timp ce mai puțin de 2% au prezentat-o ca având *orice fel* de impact negativ (vezi tabelul 17.4). O analiză mai amănunțită a acestor date pe țări arată că cel puțin trei sferturi dintre terapeuții din 12 țări din 14 au cotat terapia personală ca având o influență puternic pozitivă asupra dezvoltării lor, iar în alte două țări cifrele se ridicau la 71% (Coreea de Sud) și la 65% (Norvegia). O proporție mică, dar importantă (5%), dintr-un eșantion mic ales dintre terapeuții

din Rusia, au raportat că terapia personală a avut ceva influenţă negativă asupra dezvoltării lor, după cum au considerat şi alte procentaje mici din Belgia (2,8%), Coreea de Sud (2,4%), Noua Zeelandă (2%) şi Norvegia (2%). Acestea sunt reprezentate de relativ puţini indivizi, iar în majoritatea cazurilor impactul negativ nu a fost puternic — dar, aşa cum stau lucrurile şi în ceea ce priveşte rezultatele personale, potenţialul de efecte negative ale terapiei personale nu poate fi ignorat.

Pe baza rapoartelor unui vast număr de terapeuţi din mai multe ţări, pare justificat să concluzionăm, aşa cum au făcut-o şi Henry, Sims şi Spray (1973, p. 14), că „dovezile acumulate sugerează în mod evident că psihoterapia individuală nu serveşte numai ca punctul focal al programelor de formare profesională, dar funcţionează şi ca un miez simbolic al identităţii profesionale în domeniul sănătăţii mintale".

Tabelul 17.4 Influenţa terapiei personale asupra dezvoltării generale ca terapeut

Eşantion	*N*	*Influenţă puternic pozitivă*	*Orice fel de influenţă negativă*
Statele Unite	745	76,9%	1,2%
Germania	841	75,4	1,5
Elveţia	248	82,7	1,2
Norvegia	604	64,9	2,0
Danemarca	141	82,9	0,7
Suedia	105	92,4	1,0
Portugalia	122	86,1	0,8
Spania	141	90,7	1,5
Belgia	109	86,3	2,8
Franţa	89	91,0	1,1
Coreea de Sud	122	71,3	2,4
Noua Zeelandă	197	77,7	2,0
Israel	94	84,0	1,1
Rusia	79	74,7	5,1
Total	3,868	77,6%	1,6%

Notă. „Influenţă puternic pozitivă" = cotaţii de 2 sau 3 pe o scală de influenţă 0–3 (0 = Nici una, 3 = Puternic pozitivă). „Orice fel de influenţă negativă" = cotaţii ≥ 1 pe o scală de influenţă 0–3 (0 = Nici una, 3 = Puternic negativă). Procente bazate pe cei care au experimentat terapie personală.

Învățăminte

Ce învățaminte specifice trag terapeuții din terapia lor personală? În două studii, Norcross și colegii săi le-au cerut psihoterapeuților din America și Marea Britanie să reflecteze la tratamentul lor personal și să menționeze orice „învățătură" pe care au dobândit-o cu privire la practica psihoterapiei (Norcross și alții, 1988; Norcross și alții, 1992). Multitudinea de răspunsuri diferite au fost cotate după conținut și sunt rezumate în tabelul 17.5 atât pentru terapeuții americani, cât și pentru cei britanici. Cele mai obișnuite răspunsuri au vizat relațiile interpersonale și dinamicile psihoterapiei. Aceastea includ: poziția centrală a căldurii relației, empatia și relația personală; importanța transferului și contratransferului; umanitatea inevitabilă a terapeutului; nevoia de mai multă răbdare și toleranță în terapie. Mulți dintre psihologii britanici și psihiatrii, psihologii și asistenții sociali americani au remarcat că ei,

Tabelul 17.5 Învățăminte dobândite în terapia personală

Învățământ dobândit	*Marea Britanie %*	*Statele Unite %*
Poziția centrală a relației personale, căldurii și empatiei	16	12
Cunoașterea sentimentului de a fi pacient	8	2
Importanța transferului/contratransferului	6	8
Nevoia de tratament personal în rândul terapeuților	6	4
Folosirea sinelui terapeutului este esențială	5	4
Psihoterapia este eficientă	5	3
Schimbarea este graduală și dureroasă, cu toate acestea, posibilă	3	3
Nevoia de mai multă răbdare și toleranță	4	7
Terapeutul trebuie să fie competent, demn de încredere, angajat	3	1
Importanța motivațiilor inconștiente și materiale	3	4

Notă. Adaptare după Norcross, Dryden și DeMichele (1982) și Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988)

personal, au descoperit că psihoterapia ar putea fi eficientă și că schimbarea este posibilă, chiar dacă gradual.

Într-o altă evaluare vastă, Pope și Tabachnick (1994) le-au cerut psihologilor americani să reflecteze la cele mai benefice aspecte ale terapiei lor personale. Cele mai menționate categorii de beneficiu erau sporirea conștiinței de sine și autoînțelegerea, urmate de o mai bună stimă de sine și de îmbunătățirea abilităților terapeutice. Alte beneficii menționate frecvent au fost o mai bună relaționare cu familia-de-origine, suportul oferit de terapie, deschiderea și acceptarea sentimentelor, o îmbunătățire generală a relațiilor, scăderea depresiei, scăderea anxietății, creșterea personală și îmbunătățirea dorinței de control.

Mackey și Mackey (1993) au intervievat 30 de asistenți sociali, jumătate din cadrul programului de formare și jumătate din practică, despre ce sens a avut terapia personală în rolurile lor profesionale. Nici unul dintre intervievați nu intrase în terapie pentru a învăța cum să facă muncă practică. Transcrierea înregistrărilor din interviu a condus la trei teme recurente. Prima temă, *terapeutul ca model*, a permis identificarea cu practica și persoana terapeutului. A doua temă, *înțelegerea procesului terapeutic*, se referă la modul în care terapia personală le-a oferit respondenților capacitatea de a înțelege și a stăpâni elemente de practică clinică, făcând referiri frecvente la relația terapeutică. A treia temă, *integrarea*, a inclus răspunsurile care se adresau interdependenței dintre viața personală și profesională.

În interviuri intensive cu șapte terapeuți practicieni, Macran, Stiles și Smith (1999) i-au întrebat cum le-a afectat terapia personală munca practică. Prin analize calitative sistematice ale înregistrărilor din interviu, autorii au identificat trei teme recurente: orientate către *rolul terapeutului* (de exemplu: umanitate, putere, limite), orientate către *client* (încredere, respect, răbdare) și orientate către *relație* (de exemplu: „ascultarea cu o a treia ureche"). Acești clinicieni au simțit că au tradus experiențele lor de clienți în abilități și atitudini pe care le-au folosit în practica lor. În mare parte, aceleași teme au fost găsite și de Wiseman și Shefler (2001) în analizele lor calitative asupra interviurilor în adâncime, cu cinci terapeuți experimentați de orientare psihanalitică din Israel.

Aceste învățăminte colective, adunate din interviuri intensive și vaste evaluări similare, sunt convergente cu rezultatele cercetării publicate și studiile complementare asupra tratamentului personal al psihoterapeuților menționate anterior în acest capitol. Pare realmente imposibil să fi beneficiat de terapie personală, fără să fi întrezărit aprecierea sporită a relației interpersonale și vulnerabilitatea resimțită de pacienți.

Efectele asupra performanței ulterioare

În plus față de mărturiile pozitive, oricum, o problemă care a fost ridicată în câteva studii este dacă terapeuții care au beneficiat de terapie personală sunt mai eficienți decât colegii lor care nu au făcut-o, măsurând prin rezultatele pacienților. De exemplu, Greenberg și Staller (1981) au revăzut opt studii care au atras atenția asupra aceluiași aspect și au descoperit că două studii au înregistrat un efect pozitiv al terapiei personale asupra eficacității clinice, din alte două studii a reieșit un efect negativ, iar alte patru studii nu au înregistrat nici un efect.

Clark (1986) a parcurs opt studii asupra aceleiași probleme (dar nu identice) și a descoperit doar un studiu (Holt și Luborsky, 1958) cu o tendință în susținerea ipotezei că terapia personală ar putea îmbunătăți performanța terapeutului. Cinci dintre studii nu au înregistrat nici o legătură; iar un studiu (Garfield și Bergin, 1971) a concluzionat într-o doară că terapia în timpul formării poate fi chiar dăunătoare pentru rezultatul clientului.

Macaskill (1988) a luat în considerare, de asemenea, aceste studii, după cum au făcut-o și Macran și Shapiro (1998), care au trecut în revistă un studiu în plus, mai recent. Toți cercetătorii au concluzionat că nu există nici o probă în favoarea faptului că a beneficia de terapie personală ar fi pozitiv sau negativ corelat cu rezultatul clientului. Cu alte cuvinte, rezultatele cercetării sunt neconcludente. Macran și Shapiro (1998, p. 13) spun că „în timp ce majoritatea terapeuților simt că au beneficiat din punct de vedere profesional de pe urma terapiei personale, există puține mărturii empirice că acest fapt ar avea vreun efect măsurabil în ceea ce privește rezultatele clientului".

Mai multe mărturii care să susțină o astfel de ipoteză au fost găsite atunci când au fost examinate efectele terapiei asupra comportamentului din timpul ședințelor. Macran și Shapiro (1998) au revizuit o duzină de studii efectuate pe populația generală de terapeuți, precum și studii asupra terapeuților comportamentaliști și psihanaliști și au descoperit că experiența de terapie personală este asociată pozitiv cu cotațiile observatorilor și autoevaluările clinicienilor cu privire la abilitatea lor de a oferi un climat cald, de a manifesta empatie, autenticitate, de a avea conștiința contratransferului și de a acorda o atenție sporită relației terapeutice. Greenberg și Staller (1981, p. 1470) au concluzionat, în mod similar, că „terapia personală, atunci când este combinată cu experiența, s-a dovedit a avea anume efecte pozitive asupra relației terapeutice" — în mod particular, faptul că abilitatea

empatică a unui clinician poate fi încurajată, iar apariția antipatiei față de un pacient poate fi redusă.

O critică a acestei cercetări este că studiile s-au străduit adesea să identifice dacă terapeuții au beneficat de terapie personală mai degrabă decât dacă au simțit că au beneficiat în mod substanțial de o astfel de experiență. Oricum, chiar dacă a fost utilizat acest criteriu mai specific, există temeiuri pentru a pune problema dacă rezultatele terapiei personale a unui terapeut pot fi judecate după impactul pe care acestea îl au asupra pacienților terapeutului. Dovezile cumulative și extensive ale cercetării științifice asupra psihoterapiei de-o jumătate de secol sugerează pregnant că determinanții cei mai importanți ai succesului terapeutic sunt calitățile pozitive sau resursele pe care pacienții le aduc în terapie și sunt capabili să le mobilizeze și să le aplice efectiv în procesul terapeutic (de exemplu: Lambert, 1992; Orlinsky și alții, 2004). Terapeuții contribuie la acest proces prin aceea că oferă o relație în care pacienții resimt un echilibru optim de provocare și suport și prin oferirea de experiențe prin care pacienții își pot mobiliza, dezvolta și aplica abilitățile interpersonale, de autogestionare și de rezolvare a problemelor care se vor constitui ca fiind cele mai de folos în viețile lor. Dacă terapeutul nu poate crea o relație pe care pacientul o consideră adecvată suportiv și stimulativă și nu poate oferi experiențe din care pacientul să învețe noi abilități, atunci pacientului nu îi va fi mai bine decât în momentul în care a început terapia. Cu toate acestea, terapeutul nu poate crea resurse pentru pacient pe care acesta din urmă nu le are deja sau pe care nu are capacitatea să le dezvolte.

Să presupunem, de dragul argumentării, că 50% din succesul terapiei se datorează calităților și resurselor pacientului, că 35% se datorează relației care se dezvoltă interactiv între pacient și terapeut și că 15% se datorează calităților și resurselor individuale ale terapeutului. În acest context, în ce grad influența asupra rezultatelor clientului se poate datora terapiei personale a terapeutului? O terapie personală de succes nu poate fi decât una care să implice resursele terapeutului, pe lângă un talent terapeutic de bază (Orlinsky și alții, 1998), formare profesională și abilități perfecționate prin acumularea de experiență clinică (Orlinsky și alții, 2001). Astfel, terapia personală a terapeutului constituie doar o mică parte a contribuției potențiale a terapeutului la rezultatele pacienților săi. Date fiind gradul mare de variație datorat resurselor pacientului (care ar fi realmente imposibil de controlat prin studii) și variabilitatea datorată vicisitudinilor dezvoltării relației terapeutice, este greu de imaginat cum un studiu ar putea detecta în mod sigur impactul terapiei personale a terapeutului asupra rezultatelor pacienților.

În mod conceptual, am putea sugera că terapia personală contribuie la experiența clinică a terapeutului în trei moduri care ar putea influența indirect sau ocazional rezultatele pacientului. În primul rând, văzută ca parte a formării terapeutului, terapia personală oferă terapeutului-pacient un model de practică terapeutică în care terapeutul-pacient observă munca unui terapeut mai experimentat (Orlinsky și Rønnestad, 2002) și învață ceea ce este folositor sau reprezintă o piedică în acest fel (de exemplu: Norcross și Guy, capitolul 13).

În al doilea rând, o experiență benefică personală în terapie ar trebui să dezvolte mai departe abilitățile interpersonale ale terapeuților, astfel încât aceștia să devină mai sensibili, mai abili și mai flexibili în a-și ajusta impactul comportamentului în funcție de individ și de nevoile pacienților. În această privință, o terapie personală de succes ar trebui să reducă gradul de influență patogenă pe care un terapeut, în condiții de stres, ar putea să o resimtă, lucru care l-ar putea perturba în relațiile cu pacienții (de exemplu: Henry, Schacht și Strupp, 1990), și în general ar trebui să îi ajute pe terapeuți să îi păzească pe pacienți de a nu fi influențați de propriile probleme nerezolvate.

În sfârșit, o terapie personală de succes poate să contribuie foarte bine la abilitatea terapeuților de a atenua presiunile curente asociate cu munca terapeutică (de exemplu: Guy, 1987), reînnoind energia pe care o investesc, ședință după ședință, în lucrul cu pacienții (Orlinsky și alții, 1999). Primul dintre aceste moduri de posibilă influență a terapiei personale asupra muncii clinice a terapeutului se concentrează în principal asupra contribuției terapeutului la antrenarea pacienților într-o relație de tratament potrivit stimulativă și suportivă.

Observații de încheiere

Rezultatele cercetării revăzute în acest capitol oferă o mărturie amplă a beneficiilor personale și a impactului profesional pozitiv pe care psihoterapeuții îl dobândesc din terapiile lor personale. De exemplu, din larga evaluare internațională a terapeuților condusă de Collaborative Research Network (Rețeaua de Cercetare Colaborativă) (Orlinsky și Rønnestad, în presă) a reieșit că 85% dintre terapeuții care au beneficiat de terapie personală au avut parte de cel puțin o experiență din care au obținut personal beneficii mari sau foarte mari și peste 75% au raportat că faptul de a fi fost în terapie a avut o influență puternic pozitivă asupra dezvoltării lor ca psihoterapeuți. Exceptând rezultatele vagi ale studiilor

care au încercat să detecteze un efect al terapiei personale a terapeuților asupra rezultatelor tratamentului pacientului, evidențele acumulate susțin în mod clar valoarea terapiei personale.

Bineînțeles că multe dintre rezultatele avute în vedere sunt bazate pe autoevaluările terapeuților. Deși terapeuții sunt probabil cei mai împătimiți consumatori de psihoterapie, sunt, cu siguranță, și mai abilitați decât alți pacienți să judece ce le este folositor; iar cine dorește să vadă impactul și rezultatele terapiei personale poate să o facă pe baza altor perspective bazate pe observație. De exemplu, s-ar putea căuta evaluări pre și posttratament făcute de către alți experți clinici (terapeutul terapeutului sau cotatori independenți) sau prin teste psihometrice, la fel ca în orice studiu al rezultatelor clinice. Astfel, orice concluzie a unor astfel de studii privind rezultatele și impacturile terapiei personale estimată de terapeuții-pacienți trebuie privită cu precauție, de vreme ce există o mărturie pregnantă venind din cercetarea consecințelor care indică faptul că judecățile rezultatelor terapeutice din perspective bazate pe observație diferite nu sunt neapărat înalt concordante cu concluzii de acest gen (Orlinsky și alții, 2004; Strupp și Hadley, 1977). Există o valabilitate clară a estimărilor de terapie din partea clienților care nu poate fi negată cu ușurință, chiar dacă acestea nu coincid cu judecățile celorlalți, în special atunci când precauțiile sunt luate pentru a minimiza tendințele (de exemplu: anonimitatea respondenților) și când rezultatele sunt concordante de-a lungul a diferite studii independente care au implicat un număr mare de terapeuți din diferite orientări profesionale, orientări teoretice, niveluri de carieră și de diverse naționalități.

Sunt impacturile autoevaluate asupra dezvoltării profesionale a terapiei personale suficiente pentru a justifica această practică (de a beneficia de terapie extinsă) larg răspândită în rândul terapeuților? Conform judecății noastre, probabil că da. Norcross, Strausser-Kirtland și Missar (1988, p. 36-37) revăzând o serie de surse precedente (Flischer și Wissler, 1985; Fromm-Reichmann, 1959; Garfield și Kurtz, 1976; Nierenberg, 1972; Shapiro, 1976; Wampler și Strupp, 1976), au formulat motivele acestei practici în următorul fel:

1. Tratamentul personal îmbunătățește funcționarea mintală și emoțională a psihoterapeuților: face viața clinicianului mai puțin nevrotică și mai plăcută într-o profesie în care sănătatea personală este o bază indispensabilă.
2. Tratamentul personal oferă terapeutului-pacient o înțelegere mai completă a dinamicilor personale, a provocărilor interpersonale și a problemelor conflictuale: terapeutul va conduce astfel tratametul cu o

percepție mai clară, cu reacții mai puțin contaminate și cu un potențial contratransferențial redus.

3. Tratamentul personal ameliorează stresurile și poverile emoționale inerente acestei „profesii imposibile": le oferă capacitatea practicienilor de a gestiona cu mai mult succes problemele speciale impuse de meseria noastră.
4. Tratamentul personal servește ca o experiență de socializare profundă: înrădăcinează sentimentul de convingere cu privire la validitatea psihoterapiei, îi demonstrează puterea transformațională în propriile vieți și facilitează internalizarea rolului de vindecător.
5. Tratamentul personal plasează terapeutul în rolul clientului: astfel, îl sensibilizează la reacțiile interpersonale și la nevoile clienților lor și sporește respectul pentru eforturile pacienților.
6. Tratamentul presonal oferă o oportunitate de prima mână, foarte vie, de a observa metodele clinice: terapeutul terapeutului modelează abilitățile interpersonale și tehnice.

Oricum, ar trebui să ne întrebăm dacă motivele de mai sus ar trebui să fie singura justificare pentru terapeuți ca aceștia să intre în propria terapie. Răspunsul, în viziunea noastră, este probabil că nu — dacă problema este privită într-un context mai larg. Psihoterapeutul este, în primul rând, o persoană care, la fel ca toți ceilalți, se angajează continuu în construirea și menținerea unei vieți personale pline de sens, un proces care are loc în cea mai mare parte prin interacțiunea cu alte persoane importante. Condiția noastră umană comună ne dictează că viețile noastre personale pe care ni le construim sunt în permanență amenințate de crize (unele pe care le creăm chiar noi), gata să se descompună (uneori din cauza slăbiciunilor nostre), și când se întâmplă astfel trebuie reparate (cel mai adesea cu ajutorul celorlalți). O apreciere corectă a rolului profesionist al psihoterapeutului și a cerințelor de funcționare ar fi să fie văzute în acest context. Oricât de complet înrădăcinată ar putea deveni, identitatea de rol a psihoterapeutului este doar un aspect al sinelui total al terapeutului; în plus, unul care este dobândit la maturitate și, astfel, în mod necesar fundamentat într-o serie de aspecte de sine anterioare care au început încă din copilărie. Afirmației tradiționale conform căreia „toți oamenii sunt muritori" i se poate adăuga pătrunderea psihologică a enunțului „nici un adult nu iese din copilărie fără a purta cu sine urme emoționale". La baza personalității terapeutului, într-o anumită privință încă activ în viața curentă, este un aspect de sine vulnerabil la care Whitaker și Malone (1954) s-au referit numindu-l „vectorul pacient" al terapeutului. Nu este nevoie ca terapeutul să fie

văzut ca un „vindecător rănit" în sensul clasic (Guggenbuhl-Craig, 1971). Este de-ajuns că terapeuții, la fel ca și alți oameni, au trebuit să ajungă la maturitate trecând printr-o perioadă destul de îndelungată de relativă lipsă de ajutor și dependență. În orice fel de limbaj teoretic ar formula acest lucru, psihoterapeuții trebuie să înțeleagă și să gestioneze acest sine-pacient dinăuntrul lor.

MULȚUMIRE Următorii colegi au colectat date în următoarele țări: Statele Unite: S. Orlinsky, J. Norcross, L. Beutler, M. Silverman, T. Northcut, S. Stuart; Germania: U. Willutzki, J. Meyerberg, M. Cierpka, P. Buchheim, H. Ambühl, H. Kächele; Elveția: H. Ambühl, N. Aapro; Norvegia: M. H. Rønnestad, A. von der Lippe; Danemarca: E. Friis-Jorgensen; Suedia: D. Stiwne; Portugalia: A. Branco Vasco; Spania: A. Avila Espada, I. Caro; Belgia: J-F. Botermans; Franța: P. Gerin, A. Dazord; Coreea de Sud: S. Bae, E. Joo; Noua Zeelandă: N. Kazantzis; Israel: H. Wiseman, G. Shefler; Rusia: E. Kalmykova.

Bibliografie:

Bridges, N.A., „Psychotherapy with therapists: Countertransference dilemas" în M.B. Sussman (editor), *A perilous calling*, Wiley, New York, 1995

Buckley, P., Karasu, T.B. și Charles, E., „Psychotherapists view their personal therapy", *Psychotherapy*, 18, 1981, p. 299-305

Burton, A., „The psychotherapist as client" în *American Journal of Psychoanalysis*, 33, 1973, p. 94-103

Clark, M.M., „Personal therapy: A review of empirical research" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 1986, p. 541-543

Deutsch, C.J., „A survey of therapists' personal problems and treatment" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 1985, p. 305-315

Freud, S., „Analysis terminable and interminable" în J. Strachey (editor), *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Hogarth Press, Londra, vol. 23, 1937/1964, p. 216-253

Fromm-Rechman, F., „Notes on the personal and professional requirements of a psychotherapist" în *Psychiatry*, 12, 1949, p. 361-378

Garfield, S.L. și Bergin, A.E., „Personal therapy, outcome and some therapist variables" în *Psychotherapy*, 8, 1971, 188-192

Garfield, S.L. și Kurtz, R.M., „Personal therapy, outcome and some therapist variables" în *Psychotherapy*, 13, 1976, p. 188-192

Gitelson, M., „Therapeutic problems in the analysis of the «normal candidate» în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 174-183

Glass, J., „Personal therapy and student therapist" în *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 1986, p. 304-312

Glickauf-Huges, C. și Mehlman, E., „Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment cosiderations" în *Psychotherapy*, 32, 1995, p. 213-221

Goldensohn, S.S., „Graduates' evaluation of their psychoanalytic training" în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5, 1977, p. 51-64

Goldensohn, R.P. și Staller, J., „Personal therapy for therapiests." în *American Journal of Psychiatry*, 138, 1981, p. 1467-1471

Grunebaum, H., „A study of therapists' choice of therapist" în *American Journal of Psychotherapy*, 140, 1983, p. 1336-1339

Grunebaum, H., „Harmful psychotherapy experiences" în *American Journal of Psychotherapy*, 40, 1986, p. 165-176

Guggenbuhl-Craig, A., *Power in the helping professions*, Spring, Dallas, 1971

Guldner, C.A., „Family therapy for the trainee in family therapy" în *Journal of Marital and Family Therapy*, 4, 1978, p. 127-132

Guy, J.D., *The personal life of the psychotherapist*, Wiley, New York, 1987

Guy, J.D. și Liaboe, G.P., „The impact of conducting personal therapy on therapist's interpersonal functioning" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 1986, p. 111-114

Guy, J.D., Stark, M.J. și Poelstra, P.L., „Personal therapy for psychotherapists before and after entering professional practice" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 1988, p. 474-476

Henry, W.E., Sims, J.H. și Spray, S.L., *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*, Jossey-Bass, San Francisco, 1971

Henry, W.E., Sims, J.H. și Spray, S.L., *The public and private lives of psychotherapists*, Jossey-Bass, San Francisco, 1973

Henry, W.E., Schacht, T.E. și Strupp, H.H., „Patient and therapist introject, interpersonal process and differentioal psychotherapy outcome" în *Journal of Consulting and Clinical Psyhology*, 58, 1990, p. 768-774

Hold, R.R. și Luborsky, L., *Personality patterns of psychiatrists*, Basic Books, New York, 1959, vol. 1

Lambert, M.J., „Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and ecletic practice" în C. Norcross și M.R. Goldfried (editori), *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Books, New York, 1992, p. 94-129

Lambert, M.J., Shapiro, D.A. și Bergin, A.E., „The effectiveness of Psychotherapy" în S.L. Garfield și A.E. Bergin (editori), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York, 1986, ediția a III-a, p. 157-211

Liaboe, G.P., Guy, J.D., Wong, T. şi Deahnert, J.R., „The use of personal therapy by psychotherapists" în *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 1989, p. 115-134

Macaskill, N.D., „Personal therapy in training of the psychotherapist: Is it effective?" în *British Journal of Psychotherapy*, 4, 1988, p. 219-226

Macaskill, N. şi Macaskill, A., „Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: Results of a UK survey" în *British Journal of Psychotherapy*, 9, 1992, p. 133-138

Mackey, R.A. şi Mackey, E.F., „The value of personal psychotherapy to clinical practice" în *Clinical Social Work Journal*, 21, 1993, p. 97-110

Macran, S. şi Shapiro, D., „The role of personal therapy for therapists: A review" în *British Journal of Medical Psychology*, 71, 1998, p. 13-25

Macran, S., Stiles, W.B. şi Smith, J.A., „How does personal therapy affect therapists' practice?" în *Journal of Counseling Psychology*, 46, 1999, p. 419-431

Norcross, J.C., „Personal therapy for therapists: One solution" în *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 1990, p. 45-59

Norcross, J.C., Dryden, W. şi DeMichele, J.T., „British clinical psychologists and personal therapy: III. What's good for the goose?" în *Clinical Psychology Forum*, 44, 1992, p. 29-33

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. şi Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences" în *Psychotherapy*, 25, 1988, p. 36-43

Orlinsky, D.E, Ambühl, H., Rønnestad, M.H., Davis, J.D., Gerin, P., Davis, M. şi alţii, „The development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study" în *Psychotherapy Research*, 9, 1999, p. 127-153

Orlinsky, D.E, Botermans, J-F şi Rønnestad, M.H., *Psychotherapeutic talent is the skill that therapists have already when they start training: An empirical analysis.* Lucrare prezentată la a douăzeci şi noua întâlnire anuală a Society for Psychotheray Research (Societatea pentru Cercetare Psihoterapeutică), Snowbird, 27 Iunie 1998

Orlinsky, D.E, Botermans, J-F. şi Rønnestad, M.H., „Towards an empirically-grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development" în *Australian Psychologist*, 36 (2), 2001, p. 139-148

Orlinksy, D.E. şi Rønnestad, M.H., *Therapists' therapists: Who they are and how they are distinguished*, lucrare nepublicată, 2002

Orlinsky, D.E. şi Rønnestad, M.H., *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and prefessional growth*, American Psychological Association, Washington, D.C. (în presă)

Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. şi Willutzki, U., M. Lambert (editor), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York, ediţia a 5-a, 2004, p. 307-389

Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., Wiseman, H. şi Botermans, J-F., *The psychotherapists's own psychotherapy*, manuscris nepublicat, 2002

Patterson, J.E. şi Utesch, W.E., „Personal therapy for family therapy graduate students" în *Contemporary Family Therapy*, 13, 1991, p. 333-343

Pope, K.S. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists's experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-258

Seligman, M.E.P., „The effectiveness of psychotherapy" în *American Psychologist*, 50, 1995, p. 965-974

Shapiro, D., „The analyst's own analysis" în *Journal of the American Pschoanalytic Association*, 25, 1976, p. 5-42

Silverstone, S., „On the mystique of training analysis" în *Psychoanalytic Review*, 57, 1970, p. 283-284

Strupp, H.H. şi Hadley, S.W., „A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes" în *American Psychologist*, 32, 1977, p. 187-196

Wampler, L.D. şi Strupp, H.H., „Personal therapy for students in clinical psychology: A matter of faith?" în *Professional Psychology*, 7, 1976, p. 195-201

Wheeler, S., „Personal therapy: An essential aspect of counselor training, or a distraction from focusing on the client?" în *International Journal for the Advancement of Counseling*, 14, 1991, p. 193-202

Whitaker, C.W. şi Malone, T., *The roots of psychotherapy*, Blakiston, New York, 1954

Wiseman, H. şi Shefler, G., „Experienced psychoanalytically oriented therapists' narrative accounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development" în *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 38(2), 2001, p. 129-141

Partea a III-a

TERAPEUTUL TERAPEUTULUI

Experiențe personale: Mărturii ale terapeuților terapeuților

Capitolul 18

Despre analiza colegilor (incluzând candidații în formare)

de Emanuel Berman

Dintre toate psihanalizele conduse în lume, o parte considerabilă o constituie analizele profesioniștilor în sănătatea mintală, ei, la rândul lor, psihoterapeuți. Literatura de specialitate se lovește de o dificultate în a recunoaște și a studia impactul acestui fenomen (Berman, 1995). Cercetarea a fost limitată până acum, probabil ca rezultat al perspectivei conform căreia exercitarea unei profesii este un factor superficial, marginal în acest impact. Acesta este un aspect al unei tradiții teoretice în care realitatea „exterioară" a fost văzută ca un nivel mai de suprafață, supus raționalizării, permițând o evitare defensivă a experiențelor mai profunde, abătând accentul analitic departe de realitatea psihică. Cele „două realități", cea exterioară și cea interioară, au fost văzute concurente în a ne atrage atenția, trebuind ca una să fie pusă deoparte pentru a oferi spațiu celeilalte. Un exemplu viu al acestei perspective este oferit de Hurwitz (1986). Atunci când i-a spus primului analist că stilul acestuia poate influența reacțiile lui la el, analistul a insistat: „A-i răspunde în același fel, indiferent de cine ar sta în fotoliu". Doar experiența ulterioară cu un al doilea analist l-a făcut pe Hurwitz să realizeze că lucrurile nu stăteau așa.

Importanța actuală a factorilor semnificativi „externi" a fost recunoscută treptat în literatura despre analizele de formare. Gândirea psihanalitică, în general, a încercat să treacă dincolo de această dihotomie. Introducerea conceptului de „relație reală" de către Greenson (1971) a fost o încercare profundă de a corecta accentul unidirecțional pus pe distorsionarea transferențială. Cu toate acestea, în timp ce recunoaștem că *„toate relațiile cu obiect consistă din diferite amestecuri și combinații de real și componente de transfer"* (p. 89), Greenson se grăbește să adauge că aceste ingrediente „pot și... ar trebui separate unul de celălalt". În exemplele sale, el pare să fie sigur în ceea ce privește care dintre percepțiile

pacienţilor săi sunt reale şi care sunt distorsionate. Aceste distincţii exclud mai multe concepţii dialectice, cum ar fi ipoteza lui Winnicott conform căreia, o dată ce obiectul devine real, „mecanismele de proiecţie sprijină actul de a *observa ceea ce există*, dar nu sunt *motivul pentru care obiectul există*" (Winnicott, 1971, p. 106).

Lucrarea lui Gill (1982) reintroduce perspectiva conform căreia impactul personalităţii şi comportamentului actuale ale terapeutului sunt un determinant crucial în conturarea proceselor analitice. Acum, fără nici o încercare de a separa strict acest fapt de influenţa lumii interioare a analizandului, transferul depăşeşte toţi determinanţii, plauzibilitatea înlocuieşte acurateţea concluziei, analistul se străduieşte să obţină aceeaşi deschidere a minţii şi suspensie de judecată pe care le aşteaptă de la analizand. Acest cadru poate fi, cred, cu succes integrat în tendinţa noastră curentă de a vedea contratransferul ca omniprezent şi în cercetarea subiectivităţii analistului ca o altă realitate influenţând transferul analizandului. „Transferul este expresia relaţiilor pacientului cu contratransferul fantastic şi real al analistului" (Racker, 1986, p. 131).

Văzând experienţa analizandului drept una care intervievează în mod constant trecutul şi prezentul, percepţia şi fantezia, încercarea de obiectivitate şi subiectivitatea inevitabilă fac impactul realităţilor „exterioare" — caracteristicile analistului, vârstă, sex, înfăţişare, sănătate, graviditate şi alte evenimente ale vieţii — cruciale întrucâtva, deşi nu mai putem încerca să le scoatem „din ecuaţia" explorării transferului (Simon, 1993). În schimb, felul în care astfel de realităţi sunt procesate, semnificaţia dată devine în sine o problemă în analiză. Capacitatea de a explora realităţi „exterioare" într-un mod nedefensiv poate fi concepută ca facilitând o acceptare mai mare a realităţii psihice, mai degrabă decât de a concura cu aceasta şi de a îndepărta de aceasta importanţa realităţii psihice.

În acest context, corelaţia dintre acceptarea realităţii „interioare" şi a celei „exterioare" apare ca centrală, ambele fiind văzute ca aspecte ale unei capacităţi de a confrunta — şi uneori chiar dureros — realitatea complexă la toate nivelurile ei. Capacitatea de a crea o legătură între realitatea „exterioară" (întotdeauna colorată de experienţe interioare) şi realitatea psihică (întotdeauna colorată de evenimente şi persoane actuale), mai degrabă decât de a le experimenta ca fiind concurente, în opoziţie, este un element crucial în formarea spaţiului tranziţional care intermediază aria de experimentare, care — din perspectiva lui Winnicott (1971) — facilitează flexibiliatea, creativitatea, jocul şi schimbarea. „Spaţiul tranziţional se destramă atunci când fie realitatea interioară, fie cea exterioară începe să domine scena, la fel cum o conversaţie

se întrerupe dacă unul dintre participanți preia conducerea". (Phillips, 1988, p. 119.)

Atunci când un analizand se agață de detalii exterioare concrete, pentru a evita afecte înspăimântătoare sau fantezii, este îndoielnic dacă înțelegerea acestuia/acesteia asupra realității externe ar putea fi profundă. Când un alt analizand ne copleșește cu vise pentru a evita problemele supărătoare din viața de familie sau „din cauza nevoii esențiale de relație adevărată cu realitatea exterioară" (Winnicott, 1958, p. 152), este îndoielnic dacă aceste vise vor conduce la o înțelegere în profunzime a vieții interioare a persoanei. „Fantezia este tolerabilă în deplinătatea ei, doar când realitatea obiectivă este bine apreciată." (Winnicott, 1958, p. 153)

Tocmai de aceea, provocarea căreia trebuie să îi facem față nu este de a pune deoparte realitatea exterioară, ci mai degrabă de a antrena înțelegerea sa în procesul analitic. Acest lucru nu înseamnă să negăm realitatea noastră pentru analizand — o negare ipocrită (Ferenczi, 1933) care ar putea întări atitudinea defensivă a analizandului —, ci, mai degrabă, să ne asumăm întreaga sa responsabilitate. Trebuie să evităm o reprezentare superficial concretă a realității exterioare pentru a o reintroduce în dialogul analitic la un nivel mai profund, aspirând la a face analiza completă și mai integrativă (Berman, 2001).

Lipsa unei explorări complete a problemelor implicate în analiza terapeuților poate fi influențată, de asemenea, și de problema confidențialității. Analizanzii care sunt colegi, precum și prieteni și cunoștințe ale acestora, se întâlnesc la conferințe în cadrul cărora prezentăm și citim reviste în care ne publicăm lucrările. Riscul expunerii este astfel mai ridicat.

Este probabil ca unele cazuri ale analizanzilor colegi să rămână slab reprezentate în literatura noastră, în comparație cu reprezentativitatea lor la scală mult mai largă din practică. De asemenea, analizele lor pot fi prezentate profund mascate, incluzând o alterare a identității lor profesionale. O astfel de mascare blochează în mod natural orice discuție a locului acestei identități în procesul analitic.

Mascarea radicală, am realizat treptat, poate crea confuzie și îl poate îndrepta pe cititor pe căi greșite (Klumpner și Frank, 1991). Little (1951), de exemplu, a descris anxietatea unui analizand ca urmare a unei discuții la radio, la scurt timp după moartea mamei analizandului. Lacan (1988, p. 30-33), în discutarea cazului, interpretează audiența radio ca o audiență anonimă, incluzând viața și moartea, la fel ca și mama analizandului. Această interpretare își pierde însă temeiul atunci când aflăm că (Little,

1990, p. 36) audiența nu era în nici un caz anonimă: „radioul" era masca lui Little într-un episod autobiografic, a prelegerii pe care ea a ținut-o în cadrul British Psychonalytic Society (Societatea Britanică de Psihanaliză).

Voi încerca să explorez impactul afinității profesionale a analistului și analizandului, ținând cont de toate aceste provocări. Acest capitol va sublinia aspectele centrale ale relațiilor cu obiect ale terapeuților în tratament, va discuta semnificația unică pe care o astfel de analiză o poate căpăta, incluzând rolul potențial al analizandului ca terapeut sau supervizor fantastic al analistului, și va lua în discuție elementele incestuoase apărute în această situație, influența lor asupra formării și dileme cu privire la limitele terapiei. Dată fiind preocuparea mea pentru confidențialitatea analizanzilor mei și rezervele mele cu privire la măștile „groase", îmi voi limita exemplele clinice la prezentări scurte. Rezultatele cercetării empirice — disponibile oricând — vor completa impresiile mele clinice.

Terapeutul în analiză: Relații cu obiecte

Un factor central în analiza terapeuților este apariția acelorași motive emoționale care stau la baza alegerii vocaționale a analizandului. Astfel, apar aceleași relații cu obiecte și se stabilește o lume a oglinzilor, identificărilor și comparațiilor. Dilema faptului de a fi o persoană care oferă ajutor sau nevoia de a primi ajutor, de a fi terapeut sau pacient este omniprezentă. A trata sau a fi în tratament, a oferi și a primi pot fi, în mod inconștient, puse pe picior de egalitate.

În unele dintre cazuri, neajutorarea și dorința de a fi ajutat pot fi experimentate doar ca proiectate asupra unui „altul", în timp ce terapeutul aderă la o formă de putere și control. Acest lucru poate fi văzut cel mai clar atunci când un terapeut intră în prima analiză sau o primă terapie serioasă, după câțiva ani, timp în care i-a tratat pe alții. O astfel de analiză se poate dovedi a fi foarte dureroasă, pentru că succesul ei depinde de „întoarcerea proiectatului", de recăpătarea nevoilor de dependență negate, de scuturarea imaginii de sine prea încrezătoare.

Un exemplu evident: analizandul meu vine târziu la ședință, explicând că a trebuit să extindă ședința propriului pacient, care „are nevoie mult mai mult de terapie". În cazuri extreme, lovitura narcisică a recunoașterii faptului de a avea nevoie de ajutor poate conduce la o reacție terapeutică negativă.

Un alt model este prezent atunci când un analizand alege să fie format ca psihoterapeut ca răspuns al unei analize de succes. În principiu, aceasta ar putea să fie o succesiune mult mai promițătoare, deși rămân multe întrebări: S-a trecut peste identificarea cu analistul? Sunt fanteziile de idealizare încă active? Poate viitorul terapeut să dezvolte o identitate autonomă, diferită de dorința de a „deveni terapeutul cuiva"?

Gabbard (1995) descrie terapeuții-analizanzi care tânjesc atât după atenția pacienților lor (de exemplu: folosesc interpretările transferențiale în mod excesiv), cât și a analiștilor lor, sperând să fie adorați și idealizați ca o compensație a carențelor din copilărie. La cealaltă extremă, sugerează el, terapeuții care au supraviețuit unor situații adverse în timpul copilăriei, încercând să satisfacă dorințele narcisice ale celorlalți, ar putea repeta această soluție atât cu pacienții lor, cât și cu analiștii.

Isaacs-Elmhirst (1982-83) dă câteva exemple de astfel de modele repetate. În unul dintre ele, analizandul ei raportează un vis în care figura lui Elmhirst este îmbinată cu cea a unuia dintre pacienții săi. Figura combinată reprezenta un copil bolnav, în timp ce visătorul apărea ca un adult de încredere.

Reapariția aceloraşi relații cu obiect în transferul analizandului asupra noastră și în contratransferul său asupra pacienților nu este, oricum, limitată la ecuații directe. Conexiuni și mai complexe pot fi înțelese cu ajutorul conceptualizării lui Ogden (1983): toată relația cu obiect bipolară este internalizată și subiectul poate alterna între un pol („sinele" din copilărie) sau celălalt („obiect" al copilăriei), în timp ce activează oricare dintre aceste roluri complementare prin identificare proiectivă.

Unul dintre pacienții mei, femeie, fusese anterior în terapie de două ori, experimentând grade diferite de dezamăgire, simțind că nu se răspundea suficient nevoilor sale. În ciuda durerii conștiente intense, multe dintre ședințele noastre erau dominate de lungile ei monologuri, pe care eu le-am interpretat ca pe un blocaj inconștient al oricărei șanse de a primi, legate de intensele frici de respingere. Se descria ca foarte dedicată pacienților ei și făcând eforturi fără sfârșit de a le întâmpina nevoile. Le împărtășea acestora, de asemenea, multe detalii legate de viața ei personală și era dezamăgită de faptul că eu evitam astfel de dezvăluiri. Am simțit că îi invidia pe pacienții ei pentru căldura pe care o primeau din partea ei, pe care ea o căuta continuu în terapeuții ei, niciodată simțindu-se mulțumită.

Acest model mi-a amintit de unele aspecte ale relației Freud-Ferenczi. Ferenczi a încercat (prin „tehnica relaxării" și a analizei reciproce) să le ofere pacienților săi căldura și deschiderea care a considerat el că îi lipseau

lui Freud (Balint, 1969; Berman, 1996, 1999; Ferenczi, 1988; Haynal, 1988). Ferenczi (1933) şi-a criticat stagiile timpurii ale propriei munci („tehnica activă", care punea accent pe autoritate şi abstinenţă) şi a interpretat-o ca legată de identificarea cu agresorul, posibil, de asemenea, propria identificare cu Freud ca agresor. Astfel de tendinţe apar, de asemenea, în analizanzii terapeuţi. Analizandul poate aplica anonimitate analitică şi nondirectivitatea în sarcinile profesionale în care sunt ineficienţi — de exemplu supervizarea studenţilor sau gestionarea unei crize într-o instituţie psihiatrică. Isaac-Elmhirst (1982–1983) dă un alt exemplu: ea întârzie la o şedinţă analitică şi, ca urmare, analizandul ei întârzie la o şedinţă cu pacientul lui.

Unii analizanzi evită să vorbească în analiză despre pacienţii lor, din anxietatea legată de competiţie sau de a nu fi judecaţi. Alţii pot să îşi exprime în mod inconştient propriile conflicte prin descrierea pacienţilor. Spre deosebire de Gabbard (1995), eu nu interpretez acest lucru ca rezistenţă, ci mai degrabă ca pe un mesaj valoros. Argumentele conştiente pot fi un apel la supervizare. Dacă analistul răspunde în mare parte ca supervizor (concentrându-se asupra tratementului specific descris), aceasta poate conduce la compromiterea întregului scop analitic, care cere conectarea unor astfel de conţinuturi la propria viaţă interioară şi la transferul analizandului. Cu toate acestea, folosirea de către analizandul-terapeut a abordării analistului poate avea, în orice caz, o valoare intrinsecă de supervizare, la fel cum cineva poate „împrumuta" experienţe de supervizare pentru scopuri interioare care sunt fundamental terapeutice. (Pentru un exemplu detaliat, vezi Berman, 2000a, p. 283-284.)

Conexiunea poate fi uneori conştientă, ca în exemplul următor. Analizandul meu povesteşte un vis, în care un pacient pe care l-a intervievat odată şi pe care nu l-a acceptat pentru tratament, date fiind furia şi amărăciunea de nesuportat, revine în clinica sa. Eu comentez prin aceea că, în vis, pacientul s-a întors. Analizandul meu mă întrerupe însă: „Nu încurajaţi aceste sentimente să se întoarcă aici!"

Comparaţii făcute în mod conştient de către analizanzi între procesul analitic în care se află şi procesele de tratament ale pacienţilor lor pot avea atât o influenţă inhibitorie, cât şi una încurajatoare: „Atunci când am auzit că v-aţi căsătorit, m-am simţit rănită pentru că nu mi-aţi spus. Apoi am realizat că nici eu nu le-am spus pacienţilor mei când m-am căsătorit, deci cum aş putea să mă plâng?" Aici, identificarea cu mine, colegul, blochează nevoile de dependenţă şi fanteziile transferenţiale să se apropie de conştiinţă.

În alt exemplu, o comparație conduce treptat la o mai mare pătrundere psihologică și flexibiliate: „Sunt frustrată atunci când nu spuneți nimic. Supervizorul meu mi-a spus că trebuie să spun ceva pacientului meu în fiecare ședință. Pe de altă parte, realizez cât de ambivalent este acest lucru. Îmi aduc aminte de pacienta mea cu borderline, care îmi cere întotdeauna să știe ce gândesc despre ea, dar știu că, de fapt, dorește să știe doar lucruri bune".

În alte momente, analizandul se poate transpune în imaginea lui/ei de sine ca terapeut drept o salvare din vulnerabilitatea de a fi pacient. De exemplu, comentez tendința analizandului meu de a discredita interpretările mele. El spune că acest lucru este legat de nevoia lui de control ca terapeut și a muncii lui cu un candidat în supervizare asupra nevoii de control a candidatului în supervizare. Îmi dau astfel seama de viteza de deplasare a identităților — analizand, terapeut, supervizor — și că, într-adevăr, i-au permis să recapete controlul.

Fluiditatea de identități ce se deplasează în direcția opusă apare în următoarea situație descrisă de un analizand: „În mijlocul ședinței de terapie, pacienta mea mi-a spus că prietena ei cea mai bună este în terapie cu dumneavoastră. Am devenit foarte confuz. Într-o fracțiune de secundă, m-am transformat din terapeut în pacient".

Descoperirea unei lumi noi sau un rit de inițiere?

Pentru analizanzii care nu sunt profesioniști în sănătatea mintală, analiza poate fi o experiență unică, fără precedent, complet diferită de lumea lor familiară. Aceștia învață un limbaj nou, adoptă o nouă perspectivă asupra vieții. Acest lucru poate fi dificil, dar și foarte interesant. Analistul poate fi singurul reprezentant actual (în afară de figuri memorabile ca Freud sau analiștii din literatură ori cinema) al acestei lumi noi.

În schimb, analizanzii colegi pot experiementa analiza ca pe un rit de inițiere hotărâtor într-o lume pe care ei au ales-o, o lume acum experimentată ca parte a personalității lor. Studii, muncă, analiză, uneori chiar și viață socială sunt toate părți ale aceluiași tot integrativ. Același discurs domină diferite segmente ale acestui univers. Analistul poate fi un model pentru internalizare (sau imitare?) în identitatea profesională-personală a cuiva. În domeniul nostru, nimic nu poate fi pur profesional. Totuși, analistul este doar unul dintre mulții reprezentanți bine cunoscuți ai aceleiași lumi.

Această situație implică diferențieri și comparații (Heimann, 1954). Transferul poate fi diferențiat între analist și un supervizor important: „Atunci când mă simt deprimat, mai bine mă întâlnesc cu supervizorul meu; este mai ușor pentru mine să găsesc alinare emoțională la o femeie". Se pot întâlni fantezii de a fi în analiză cu un profesor sau cu un supervizor, care poate fi prietenul analistului sau al analizandului (Berman, 1985). Dorințe neîmplinite cu analistul unuia pot fi atinse prin deplasări de transferuri. De exemplu, un analizand a făcut eforturi susținute pentru a mă mobiliza într-o „alianță masculină" împotriva mamei sale și a soției. În încercarea de a interpreta această dorință, mi-am dat seama că aceasta era împlinită cu un supervizor (bărbat), căruia analizandul meu i-a prezentat o pacientă extrem de rezistentă care îi deranja pe amândoi (Berman, 1988).

În vreme ce răspunsul nostru inițial ar fi de a trata asemenea diferențe ca rezistență, am putea eventual să le folosim pentru a înțelege transferul mai bine încluzându-i ramurile bifurcate extraanalitice. O încercare de a baza toată munca noastră analitică pe răspunsurile directe pe care ni le dă analizandul poate fi prea îngustă și ne poate conduce în direcții greșite (Berman, 2001).

Atitudinea față de analiză și muncă, tradusă printr-un „pachet de așteptări" inevitabil, devine evidentă în momente de criză. Dacă analiza este experimentată ca blocaj, aceasta conduce la îndoieli cu privire la alegerea vocațională a unei persoane: „Dacă eu nu pot fi ajutat, cum pot să îi ajut pe alții?" Colegul analizand nu are opțiunea, disponibilă celorlalți analizanzi, de a se retrage din „noua lume" în „lumea veche", mai sigură și mai familiară. Să acuzi analistul este și mai greu, pentru că a-l pune pe analistul cuiva la pământ înseamnă cu necesitate și a pune la pământ mulți alți colegi care îl/o apreciază. Acest lucru poate să atragă după sine fantezia de a fi copilul din „Hainele noi ale împăratului" — o poziție stingheră și înspăimântătoare.

O altă soluție este devalorizarea de sine masochistă. Un coleg analizand remarcă: „Dacă nu progresezi în analiză, aceasta dovedește că alegerea mea de a deveni psihoterapeut dinamic a fost greșită. Dacă pacienții mei îmi spun că îi ajut, iar colegii mă respectă, aceasta înseamnă că reușesc să îi înșel pe toți. Sunt cu adevărat un impostor".

Toate acestea pot fi văzute ca expresii ale unei cerințe de confirmare din partea analistului, dar pot să comunice și o experiență mai adâncă și mult mai dureroasă. Cunoașterea profesională poate fi folosită pentru o autodiagnosticare nemiloasă: „Dacă spuneți că am o dificultate în a avea încredere în oricine, aceasta înseamnă că sunt paranoic". Aici

diagnosticul este în mod furios proiectat asupra mea. (Gabbard [1995] vorbește despre frica terapeuților de a nu a avea o bază psihotică.) În alt caz, fără proiecție: „Mă identific cu toate semnele pe care Kernberg le listează pentru pacienți cu borderline". Conotația este că analiza nu poate să ajute în cazuri de patologie atât de severă.

În acest caz, un Eu ideal, perfecționist era evident. Conținuturile sale erau noi (integrare, insight, contact cu afectele, evitarea diferențierii), dar perfecțiunea cerută și deprecierea constantă de sine în eșecul de a o atinge semănau cu atitudinile părinților cu privire la alte idealuri din copilăria analizandului (responsabilitate, onestitate, conștiinciozitate, moralitate). În lumea interioară a analizandului erau două miezuri ale cerințelor Supraeului, „Supraeu profesional" și „Supraeu familial", cu contraste care-l făceau să fie „sclav la doi stăpâni" într-o acțiune fără nici o șansă. Exprimarea anumitor asociații dezavua valorile de familie care căutau să evite bârfa și calomnia, în timp ce a le menține însemna eșuarea în idealurile profesionale de a fi deschis și nondefensiv.

La fel cum o experiență de eșec în analiză poate conduce la gândul de a abandona profesia, eșecurile profesionale stârnesc un impuls de a abandona analiza. Nereușita la un examen de certificare, a fi respins de la o slujbă, numărul mic de recomandări, respingerea de la un institut — toate pot trezi o fantezie a „ușii închise în nas". Analistul poate fi văzut în mod inconștient ca responsabil pentru cariera cuiva. În acest caz, pot exista mai multe variante: furie asupra analistului care nu ajută îndeajuns; îngrijorarea că analistul este justificarea pentru ceea ce s-a întâmplat sau poate chiar a influențat acel lucru („Știu că instituția dumneavoastră nu întocmește rapoarte, dar e posibil ca dezamăgirea dumneavoastră în ceea ce mă privește să fi ajuns la urechile unor membri din comisia de admitere?"); frica de a nu dezamăgi analistul, care poate să se rușineze cu analizandul, sau poate fi îngrijorat de a nu fi văzut ca responsabil de către colegi; și înțelegerea faptului că analistul va investi acum mai mult în „copii de succes" care îi vor glorifica numele prin împlinirile lor.

Trecând acum la partea de contratransfer, trebuie să spun că aceste frici pot să nu fie nefondate. Analiza colegilor este condusă într-un „acvariu" (Gitelson, 1954). „Contratransferul indirect", legat de înfățișarea imaginată a celorlalți (Racker, 1968), poate fi puternic. Uneori, analizanzii ne stimulează anxietățile în mod direct, menționând rapoarte ostile despre munca noastră unor colegi distinși. Dar și fără provocări, putem fi deranjați de gânduri ca: „Cum vorbește despre mine cu X și Y?" Atunci când unul dintre analizanzii noștri nu este admis în institutul nostru, ne putem întreba dacă acesta transmite o evaluare negativă a

muncii noastre. Tendința de a acuza terapeuții pentru problemele pacienților este frumos portretizată de către Ekstein, Wallerstein și Mandelbaum (1959).

Atunci când un analizand care este un coleg decide să termine terapia unilateral, durerea de neevitat a unei astfel de respingeri poate fi însoțită de îngrijorarea: „Cum vor vedea colegii mei acest lucru?" Am putea fi tentați să încălcăm confidențialitatea și să răspândim propria versiune asupra a ceea ce s-a întâmplat.

Faptul de a trata colegi atrage după sine o privire critică, evaluativă. Îngrijorarea noastră profesională este activată și, în unele momente, nu putem evita gândul: „Doamne, persoana asta va trata pe alții!" Gabbard (1995, p. 797) vorbește despre fantezia de a „supraveghea profesia prin control analitic". Astfel de reacții pot apărea printre rânduri în interpretările noastre, confirmând astfel fricile cele mai puternice ale analizandului. Canalizarea unor reacții contratransferențiale importante, într-un mod eficient, o muncă susținută pretind de la noi o depășire completă a acestora.

Prezența unor astfel de judecăți atât în mintea analistului, cât și a analizandului poate contribui la o capacitate mai mică de regresie în analize (Balint, 1954). Anumite forme de transfer — psihotic, dependent, impulsiv, pervers, seductiv, de exemplu — pot fi inhibate în mod artificial („dacă *asta* iese la iveală, va fi clar că nu pot fi terapeut") și înlocuite cu dinamici nevrotic-oedipiene, mai „acceptabile".

Dimensiunea incestuoasă

Câteva dintre exemplele mele au prezentat deja elementul incestuos în analiza colegilor. De regulă, în aceste analize este intens și mai larg răspândit. Analistul și analizandul nu pot crea o relație închisă, o lume intimă care va funcționa liberă de spațiul tranzițional. Relația lor este parte a unei rețele complexe de trei sau patru generații (Berman, 1985), semănând unei familii extinse sau unui trib. În genealogie, sau „arborele familiei", analistul poate fi „a doua generație". Analistul formator care l-a analizat/a analizat-o și l-a supervizat/supervizat-o reprezintă „prima generație". Analizandul este „a treia generație", și dacă acest analizand tratează deja studenți sau colegi mai tineri, aceștia devin „a patra generație".

Analizandul nostru poate cunoaște alți pacienți pe care îi tratăm, îi poate cunoaște pe candidații în supervizare, pe colegii noștri, la fel de

bine ca și analiștii și profesorii noștri trecuți sau prezenți. Analizanzii pot deveni studenți sau candidați în supervizare ai colegilor care joacă alte roluri importante în viețile noastre afective.

Un rezultat este că multe figuri din lumea interpersonală a analizandului ne sunt direct familiare. Aceasta face să ne fie mai dificil să răspundem la nivelul relațiilor cu obiect interne, să „traducem" interacțiunile actuale în semnificații inconștiente. Cunoștința actuală produce imagini vizuale concrete și răspunsuri afective existente (Jacobs, 1983). Ne putem surprinde gândindu-ne, în timp ce ascultăm în timpul ședinței „Cât de corect îl descrie?" sau „Cum a putut să îi scape ce este atât de evident despre ea?". Putem fi mult mai sensibili la patologia care îl face pe analizandul nostru să se îndrăgostească de o persoană pe care noi o disprețuim și putem fi mai toleranți atunci când este vorba de o persoană la care ținem.

Într-un mod paralel, atunci când un analizand, care este și fizician, ne vorbește despre o dispută profesională, este mai ușor pentru noi „să traducem" conținuturile confruntării în semnificația lor mai adâncă, fundamentală. În schimb, un analizand care este psiholog dezbate probleme care sunt mai aproape de inima noastră.

Atunci când analizanzii știu că suntem familiarizați cu persoane din viața lor, vorbesc despre acestea cu prudență și sunt adesea îngrijorați că am putea să ne identificăm cu astfel de persoane mai mult decât cu experiența analizandului în ceea ce îi privește. Această situație poate, de asemenea, să le înfricoșeze pe acele persoane care devin preocupate de modul în care sunt prezentate în analiză. „Trebuie că X mă bârfește pe canapeaua ta", mi s-a spus de câteva ori. Analizandul poate să aibă o atitudine precaută față de anumite persoane, o dată ce aceștia au aflat cine îi este analist. Experiența ar putea pierde din spontaneitate în relații semnificative — un preț greu pentru analiză.

O altă soluție pe care o pot alege prietenii analizandului e să îi ceară să păstreze anumite secrete față de noi. Asemenea cerințe creează conflicte de loialitate și împovărează libertatea asociativă. Pot fi văzute ca încercări de sabotare a analizei. Analizanzii diferă în gradul în are acceptă să onoreze asemenea cerințe. A face astfel de alianțe poate să constituie un mod pe care analizandul îl găsește pentru a evita expunerea totală. Într-un fel similar, ascunderea, pentru a proteja, numelor indivizilor menționați poate conduce la ezitarea analizandului. Cât de demn de încredere este analistul, cât de solide sunt limitele, poate analistul să răspundă terapeutic sau va fi tentat/ă să abuzeze de analiză pentru a-și satisface curiozitatea personală? Acceptând stilul misterios al „cuiva

anume" poate indica evitarea confruntării unui nivel adânc înrădăcinat de neîncredere.

Nici nu mai este nevoie să spunem că ne asumăm un risc real de a fi împinşi de curiozitatea noastră spre a fi excesiv de intruzivi. Menţinerea limitelor nu este întotdeauna un lucru uşor. Atunci când suntem răniţi de comentarii citate pe canapea, putem să întâlnim mai târziu persoana citată şi să ne vedem incapabili de a clarifica lucrurile în mod deschis. Faptul de a trata colegi ne face mai singuratici şi mai vulnerabili.

Un alt rezultat al situaţiei incestuoase este că analizandul este copleşit de informaţii şi impresii legate de personalitatea, viaţa şi funcţionarea în contexte profesionale diferite ale analistului. Gradul de copleşire depinde de extinderea suprapunerilor în cercurile profesionale ale analistului şi analizandului, dar depinde şi de nevoile analizandului. Acestea creează un continuum. Curiozitatea şi indiscreţia, la un pol, pot reflecta o nevoie de control, o frică de a nu fi luat prin surprindere, o luptă împotriva umilirii cauzate de expunerea dintr-o singură parte, uneori o infatuare sau preocupări dependente. Polul opus, defensiv, este dominat de „a oferi o ureche surdă" şi de cerinţa de a nu i se comunica anumite aspecte.

În majoritatea cazurilor, informaţia disponibilă este vastă. Expunerea extensivă are un impact foarte diferit în comparaţie cu expunerea ocazională, care are loc în orice analiză. Poate crea inhibiţii constante şi blochează cursul asociativ, dat fiind sentimentul de vinovăţie legat de cunoaşterea „secretelor interzise" şi elaborarea lor excesivă în fantezie. Aceste secrete sunt rar aduse în prim-plan, în absenţa unui mesaj clar din partea analistului care să încurajeze exprimarea lor. Să ne aducem aminte întrebarea retorică a lui Klauber (1981, p. 212): „Este potrivit să te porţi ca şi cum pacientul nu are nici o cunoştinţă legată de propria familie şi viaţă privată sau chiar despre prezenţa loviturilor severe pe care ţi le-a dat soarta?". Poveştile absorbite confirmă frici şi speranţe, aprind invidie şi anxietate, trezesc dispreţ şi admiraţie, în mod constant amplificând atât fanteziile transferenţiale conştiente, cât şi pe cele inconştiente.

Plecând de la poveştile despre analist, analizandul cristalizează o imagine a atitudinii generale (transferenţiale) a analistului cu privire la comunitatea profesională, colegi şi studenţi. Acest portret capătă semnificaţie pentru analizand; nu mai puţin semnificativă decât comportamentul direct al analistului în interacţiunea lor. Urmând perspectiva lui Racker (1968), conform căreia transferul este întotdeauna reactiv la contratransferul analistului, putem să mai adăugăm o ipoteză. Atitudinea

generală a analistului, deşi nu este experimentată la prima mână în şedinţe, trezeşte, de asemenea, sentimente de transfer. Acestea încorporează elemente din lumea unică, interioară a analizandului.

De exemplu, o analizandă a răspuns în particular — plecând de la tot ceea ce auzise despre mine — imaginii mele ca persoană independentă şi sfidătoare la adresa autorităţii. S-a identificat cu această trăsătură care i-a încurajat exprimarea propriei rebeliuni, dar i-a stârnit şi anxietate. Sunt eu, analistul ei, în pericol? Se expune ea la pericole urmând paşii mei?

Un alt analizand a răspuns mai mult implicării mele active în multe aspecte profesionale, lucrărilor mele şi conferinţelor publice. Aceasta a contrastat adânc cu pasivitatea lui, cu frica lui de expunere la umilinţă. Pe la începutul analizei, acest contrast l-a lăsat fără speranţă: Nu aş putea niciodată să îl înţeleg. Mai târziu, ambiţia sa a fost trezită; a devenit proeminentă o dorinţă de „a ieşi din umbră" şi de a-şi afirma cu putere prezenţa la fel ca mine.

Un al treilea analizand, care era extrem de sensibil la tendinţa mea de a deveni un mentor al începătorilor promiţători, a dorit ca eu să pot juca un astfel de rol pentru ea, dar se temea că acest lucru ar fi lipsit de orice speranţă atât date fiind limitele analizei (simţea că i se oferise capătul scurt al bâtului, latura mea inhibată şi formală), cât şi pentru că am ajuns să văd cât de perturbată era.

În toate aceste cazuri, portretul oglindit de analizanzi a fost destul de realist şi nu putea în nici un fel să fie definit ca o distorsiune. Cu toate acestea, imaginile au diferit şi fiecare era mai vizibil influenţat de cadrul familial al analizandului, de experienţele de viaţă şi dinamicile sale.

Doar atunci când verbalizarea unor astfel de impresii este încurajată la modul serios — doar atunci când lucrăm asupra lor în mod nondefensiv şi depăşim teama de privirea inteligentă a analizanzilor noştri — putem atinge cu adevărat nevoile intrapsihice şi conflictele implicate. Pe tot parcursul drumului, putem învăţa lucruri noi, importante despre noi înşine.

Analizandul ca terapeut şi supervizor al analistului

Searles (1979) sugerează că un impuls terapeutic al pacientului către terapeut este general prezent, ca o consecinţă a nevoii copilului de a-şi trata părinţii de lipsuri şi limitări. El accentuează că această tendinţă nu este specifică doar pacienţilor terapeuţi. Cred însă că rădăcinile mai

adânci ale alegerii de a deveni terapeut garantează intensitatea acestui motiv în analiza terapeuților. În plus, cunoștințele detaliate pe care analizandul coleg le poate avea despre analist și sensibilitatea la diagnostic cultivată prin formare permit acestui analizand să identifice chiar cu și mai mare precizie călcâiul lui Ahile al analistului. Trebuie să ne amintim rezultatul lui Shapiro (1976), conform căruia majoritatea analiștilor din studiul său, care erau nemulțumiți de rezultatul propriilor analize, au atribuit această dificultate calităților personale sau conflictelor terapeuților lor.

O analizandă pe care am tratat-o când eram încă singur mi-a spus odată: „Tocmai pentru că nu aveți copii vă transformați studenții în propriii copii. Trebuie că preferați copiii intelectualizați copiilor în carne și oase".

Experiența imediată acestei afirmații a fost de a mă simți insultat și rănit. Aceasta a fost urmată de un impuls de a interpreta comentariul ei ca rezistență, ca o evitare a propriilor conflicte. Cu toate acestea, am realizat repede că acest impuls era justificator și defensiv. Am remarcat și că tonul ei era îndurerat, și nu ostil. Și, mai mult decât orice, am știut că urmărea ceva, iar cuvântul „a prefera" era departe de încărcătura actuală de emoții conflictuale cu care m-a împovărat subiectul.

În cele din urmă, am interpretat frica sa că propriile dificultăți mă vor împiedica să o ajut să își rezolve propriile conflicte în ceea ce privea maternitatea. Fără a confirma sau nega interpretarea sa, am lăsat-o să simtă că dorința ei de a mă ajuta era legitimă și că puteam să îi percep elementul empatic, combinat cu dorința ei de a mă transforma într-un analist mai bun în propriul interes.

Searles comentează că dificultatea părintelui în a aprecia dorința copilului de a-l „vindeca" drept legitimă și benignă vine din faptul că aude vocea copilului ca o voce parentală mustrătoare. Ideea că pacientul este terapeut sporește pericolul la care este expus analistul. În portretul pe care l-am formulat, răspunsul meu inițial pe care l-am dat analizandei mele a fost ca și cum răspundeam unei figuri parentale. Comentariul ei era apropiat de comentariile pe care propriul analist le tot făcea în aceeași perioadă. Agresiunea mea a rezultat din senzația de a mă simți sub focul încrucișat a doi părinți critici. S-a disipat însă atunci când am recunoscut sursa foarte diferită a comentariului pacientei mele.

Isaacs-Elmhirst (1982-83) oferă o viziune kleiniană asupra aceleiași fantezii de reversiune. Dacă în multe analize analizanzii sunt percepuți contratransferențial ca obiecte interioare distruse ale analistului, analizandul coleg poate fi văzut mai exact ca un părinte care a fost distrus

și a devenit un copil neajutorat. Oricum, este uimitor că articolul ei, care interpretează extraordinar fanteziile activate în analiza colegilor, nu explorează posibilitatea că astfel de analizanzi pot să recunoască în mod real răul interior al analistului.

O discuție paralelă: putem fi de acord cu Langs (1979) și cu alții că fiecare analizand este supervizorul nostru, care ne învață mai mult decât oricine altcineva despre impactul intervențiilor noastre. Majoritatea analizanzilor o fac implicit. Analizanzii colegi pot adopta un rol de supervizor mult mai explicit. Fie că îl verbalizează sau nu (bineînțeles, lucrurile merg mult ușor când răspunsurile sunt verbalizate), ei pot să evalueze intervențiile analistului în comparație cu standarde internalizate în timpul formării, plecând de la indentificarea cu profesori, supervizori și cărți.

Acest avantaj implică un risc paradoxal. Prin asumarea unei poziții supervizoare, analizandul poate deveni un „supervizor" mai puțin eficient. Partea competitivă, critică a acestei poziții (Gabbard [1995] vorbește chiar despre dispreț și devalorizare) îi reduce autenticitatea emoțională și îl împinge pe analist într-un colț defensiv.

De exemplu, atunci când un analizand îmi spune spontan că „în ultimele câteva minute mă simt foarte izolat", tind să îmi reexaminez ultima intervenție, de dinaintea acestei faze. Dacă observ că a fost mai degrabă o interpretare intelectuală, îi pot oferi analizandului ipoteza că interpretarea mea poate să fi fost cea care să îl fi îndepărtat și pot explora împreună cu el reacția lui emoțională.

Dacă, pe de altă parte, un analizand terapeut îmi spune: „Ultima dumneavoastră intervenție a fost prea intelectuală și m-a distanțat", există mai multe șanse să mă simt tulburat din cauza tonului lui acuzator. Poate să aibă dreptate, de fapt, „mi-a salvat munca", dar formularea sa profesională afirmă că este izolat acum de sentimentele de dezamăgire și singurătate pe care probabil le-a trezit intervenția mea stângace, greoaie. Se poate ca el să fi reacționat la distanțarea mea cu o mișcare defensivă în rolul supervizorului critic care nu are nevoie de nimic. Identitatea profesională este aici mobilizată defensiv, iar acest proces în sine pretinde interpretare. Cu toate acestea, pe termen lung, aceste critici ale analizanzilor devin o sursă valoroasă de stimulare în îmbunătățirea abilităților noastre analitice!

O altă discuție din aceeași arie, pe care o voi menționa doar pe scurt, este analiza terapeuților de o altă orientare teoretică decât a noastră și gestionarea comentariilor lor evaluative, care pot fi bazate pe scopuri pe care nu le împărtășim în totalitate. Voi menționa, de asemenea, doar implicațiile importante ale tratării terapeuților ale căror cadre vocaționale

diferă de ale noastre. În aceste situații, tensiunile dintre discipline intră în mod inevitabil în cabinet. Ca psiholog, pot să observ un psihiatru copleșindu-mă de pe canapea cu termeni medicali pe care nu îi înțeleg sau un asistent social amintindu-mi în mod triumfal de cadrul similar al lui Casement. Și acest nivel este întreținut, în mod natural, cu dinamici personale.

Probleme specifice apărute în analizele de formare

Începând cu discuțiile clasice din anii 1950 și 1960 (de exemplu: Balint, 1954; Bernfeld, 1962; Heimann, 1954; Kairys, 1964; McLaughlin, 1967), ne-am dat seama cât de mult institutul actual — reglementările sale, atmosfera, metodele de evaluare, politicile de raportare — este prezent în cabinet în timpul analizei candidatului (vezi Wallerstein, 1993). Un exemplu extrem, raportat de Lampl-de-Groot (1954) și alții sunt cazurile (în special în institutele funcționând pe baza „întocmirii rapoartelor") în care anxietatea imobilizează analiza de formare sau o face nesinceră, astfel încât doar după absolvirea unei a doua analize poate să devină deschisă și productivă.

Tendința către „pseudonormalitate" printre candidații analitici a fost descrisă de Sachs (1947) și Gitelson (1954), în timp ce Balint (1954, p. 161) vorbește despre instanțe de „refugiu, nesinceritate și chiar de conveniență ipocrită". Shapiro adaugă: „Analizele de formare tind să fie palide, în comparație cu reacțiile de transfer aprinse emoțional care se ivesc adesea în analiză în condiții de nonformare" (1976, p. 34).

O trecere în revistă a literaturii pe tema analizelor de formare relevă că multe dintre probleme sunt comune în analizele de formare și în alte analize ale profesioniștilor în sănătatea mintală: diferența mai dramatică poate consista în compararea ambelor grupuri în tratamentul oferit indivizilor în afara ariei terapeutice. Calef, într-un studiu efectuat asupra foștilor analizanzi, concluzionează că asemănările dintre psihiatrii care au participat la analiza de formare analitică în timp ce erau în analiză și cei care nu au participat (unii dintre ei aplicând pentru aceasta ulterior) „sunt mai uimitoare decât diferențele" (1982, p. 112).

Diferența majoră, bineînțeles, este impactul dinamicilor institutului. Pot exista și analogii parțiale ale unor astfel de dinamici în afara formării analitice, atunci când analistul — de exemplu — predă în cadrul programelor profesionale la care participă analizandul, dar majoritatea unor astfel de programe nu trezesc minunatul transfer stârnit de institutul psihanalitic și, de obicei, impacul lor asupra analizei nu devine așa de intens.

Dinamicile institutului au fost cercetate deja pentru mai bine de o jumătate de secol. Balint vorbește despre „submisivitatea față de tratamentul dogmatic și autoritar, fără prea mult protest" (1948, p. 167). Bernfeld descrie cum intrarea în vigoare a unor legi și reglementări „scot viața din psihanaliză" (1962, p. 479). Kernberg sugerează că „procesele de idealizare și o ambianță de persecuție sunt, practic, general întâlnite în institutele psihanalitice" (1986, p. 815). În munca mea, încerc să atrag atenția unor asemenea idealizări și să asociez riscurile implicate de fantezia utopică universală de a „modela o Persoană Nouă" care, în cazul particular al formării analitice, poate duce la formarea unui sine analitic fals (Berman, 2006b).

Unde penetrează dinamicile institutului procesul analitic în analiza candidaților? Un exemplu major este practica „întocmirii rapoartelor", caz în care se așteaptă ca analistul candidatului să joace un rol în deciziile progresului candidatului: admiterea la formare, începerea analizelor supervizate, absolvire. Criticismul crescut al acestei practici intruzive (de exemplu: Kairys, 1964; Kernberg, 1986; p. 817) a condus la abandonarea acesteia în majoritatea institutelor psihanalitice. (Institutul din Londra rămâne o excepție notabilă, în ciuda dezbaterilor interne cu privire la această politică.) Cu toate acestea, așa cum am menționat anterior, o realitate a neîntocmirii de rapoarte nu poate să salveze candidații de la a nu avea fantezii anxioase legate de faptul că ceea ce spun în analiză poate ajunge în afara acesteia, influențând evaluarea și statusul lor într-un mod informal.

În timp ce tendința dominantă în ultimii ani a fost „să se plaseze analiza candidaților pe cât de mult posibil departe de orice legătură instituțională" (McLaughlin, 1967, p. 230), unele institute funcționează încă pe sistemul atribuirii de analiști personali candidaților lor. Această practică este extrem de problematică, dată fiind concluzia pregnantă că legătura analist-analizand este crucială în influențarea succesului analizei (Kantrowitz, Katz și Paolitto, 1990; Shapiro, 1976, p. 36).

O intruziune majoră în structura formării prin analiză personală se întâmplă atunci când un individ este admis în timp ce el este deja în analiză cu un analist care nu este recunoscut ca analist formator de institut. Unele institute cer în mod expres terminarea analizei în curs și începerea alteia cu un analist formator, fără a ține seama nici de sentimentele candidatului, nici de cele ale primului analist. O astfel de politică poate să indice că idealizarea analiștilor de formare vine cu costul integrității, continuității și cursului natural al procesului analitic (Berman, 2000b, p. 49). Experiența dureroasă poate fi dificil de depășit în analiza ulterioară.

Puținele studii empirice pe tema analizelor de formare nasc probleme care sunt universal valabile în procesul analitic, în general, dar evidențiază, de asemenea, unele caracteristici specifice. Shapiro (1976), în studiul său asupra a 122 de absolvenți ai Columbia Psychoanalytic Institute (Institutul Psihanalitic Columbia) vorbește despre semnificația pentru analizand de „a se alătura, în sfârșit, analistului său ca un coleg, colaborator sau rival" (p. 5); de „a face o aureolă în jurul răspunsurilor cu privire la mediul educațional și administrativ" (p. 13); de impactul rivalităților și presiunilor de competiție (p. 28), la fel ca de structura ierarhică (p. 30). El pune accent pe modul în care mediul, oferind un feedback vast în supervizare și în seminarii, poate să faciliteze, de asemenea, dezvoltarea pătrunderii psihologice (p. 35).

Schachter (1990, p. 478), în explorarea atitudinilor rezervate ale analiștilor cu privire la contactul postterminare în comparație cu potențialul beneficiu actual, notează avantajul candidatului analizand, care poate continua adeseori să îi contacteze pe foștii analiști, fără să trebuiască să ceară explicit mai mult ajutor.

Martinez și Hoppe (1991), studiind experiența a 214 analiști americani, descoperă că o continuare a terapiei sau analizei cu analistul după postterminare este semnificativ corelată cu beneficiul perceput. Contactul ulterior de o natură colegială sau prietenească este legat de experimentarea unei prezențe intrapsihice în desfășurare a analistului cuiva; iar o asemenea experiență este, la rândul ei, corelată cu beneficiul perceput. Lipsa contactului postterminare, pe de altă parte, este corelată cu o experiență mai scăzută de beneficiu.

Craige (2002), care a analizat chestionarele a 121 de respondenți, toți candidați analitici americani, și care i-a intervievat pe 20 dintre aceștia, a accentuat că nu au părut a fi „o specie diferită față de pacienții «obișnuiți»" și că „toți au prezentat faptul de a fi trecut printr-o durere emoțională semnificativă". Accentul ei pe doliul implicit în terminarea analizei și pe modele diferite de gestionare a acestuia conduce, într-adevăr, în mare parte la probleme analitice universale, accentuând rolul crucial al disponibilității și flexibilității analistului de a răspunde crizelor postterminale.

Colegii analizanzi: problema limitelor

În multe momente, analizandul nostru — fie că este la formare sau nu — se îndreaptă spre noi ca un coleg, cu întrebări profesionale, idei,

cereri sau comentarii. Dilema este cât de mult să ne mărturisim afinitatea profesională și să îi permitem exprimarea — ceea ce nu este un lucru ușor. Ar spori sau submina munca analitică replicile noastre sau răspunsurile concrete? Fiecare dintre soluții este problematică, fiecare fiind încărcată la nivel contratransferențial.

Dacă apărem ca refuzând să acceptăm semnul egalității ca profesioniști adulți, ar putea fi experimentat ca infantilizare, umilire. Acest fapt ar putea servi nevoilor defensive:

> Mulți dintre noi au anume dificultăți în ceea ce privește observațiile și criticile analizanzilor legate de funcționarea noastră ca analiști și membri ai comunității analitice. Tentația de a se bucura de recompensele narcisice inerente pozițiilor noastre de analiști și educatori... se combină cu sentimentele unui părinte care, cu puteri diminuate și în timp restrâns, renunță la viitorul lui sau ei în fiecare acțiune de analiză a dorințelor transferențiale ale pacientului. Există vreo analiză în care analistul nu este, cel puțin parțial, un Lear, așteptând să se împlinească destinul de a fi omorât de copii? (Orgel, 1990, p. 9-10).

Pe de altă parte, o dorință de a accepta analizandul ca pe un coleg matur poate complica efortul de a explora părțile imature ale muncii interioare ale analizandului. Personal, nu văd acest risc ca sever în unele dintre exemplele minore de zi cu zi, cum ar fi întrebarea unui analizand — uneori din ușă — despre datele unei conferințe profesionale sau recomandarea pentru o lucrare. În aceste situații, putem aplica comentariul lui Klauber (1981, p. 212) despre analiștii care nu răspund la felicitările de Crăciun: „Este înțelept să ne imaginăm că avem mai mult de câștigat respingând pacientul în acest fel, decât prin a-i răspunde ca unui membru al societății cu o cultură comună, dar încă analizându-i motivele atunci când se pune problema?" În mod similar, Etchegoyen (1991, p. 320) explică alegerea lui de a-l informa pe analizandul lui (fără să fie întrebat) că un curs la care analistul plănuia să ia parte a fost anulat.

Oricum, trebuie să ne amintim că problema limitelor poate apărea la proporții mult mai mari și poate avea un impact mult mai profund asupra naturii relației terapeutice. Un exemplu clar este situația în care analiza coexistă cu o legătură comprehensivă profesională actuală. Pune o astfel de încercare omnipotentă în pericol lucrul eficient atât al transferului, cât și al contratransferului? Există câteva exemple istorice de încercări „simultane" încheiate cu sentimente amare de ambele părți: Freud și Ferenczi (Berman, 1996, 1999), Klein și Paula Heimann (Grosskurth, 1986), Fairbairn și Guntrip (însemnările personale ale lui

Guntrip comunică mai multă dezamăgire decât reiese din ceea ce a publicat; Hughes, 1989).

Aș putea să îmi imaginez o încercare de a raționaliza astfel de combinații ca fiind bazate pe o versiune unică a „alianței de muncă", mobilizând o „sferă a Eului eliberată de conflict". Oricum, credința lui Greenson (1967) că o astfel de alianță nu trebuie să fie interpretată a fost pusă cu succes sub semnul întrebării de către Gill (1982). Realizăm acum în ce măsură o „alianță" semnificativ rațională și neconflictuală poate camufla nevoi iraționale, cum ar fi „invidia, competitivitatea și mulțumirea, care stau adesea îngropate mai în adânc" (Gabbard, 1995, p. 797) și care, de fapt, reclamă o muncă interpretativă asiduă. Atunci când analistul „întărește alianța", transformând analizandul într-un student, discipol, colaborator sau partener politic (Balint, 1948), acest lucru poate să saboteze pe neștiute munca interpretativă, iar o dată cu aceasta tot câștigul analizei. Mai mult decât atât, o alianță combinată de tip analitic-de supervizare-politic poate conduce la o identificare exagerată cu analist-supervizor-mentor*ul* ca o singură figură parentală, neîngăduind conflictului dureros, dar rodnic, al identificărilor concurente să modeleze sinele profesional unic și autonom al individului (Berman, 1999, 2000a).

O altă problemă apărută din transformarea analizanzilor în discipoli și studenți (cum ar fi faptul de a-i invita să le devină candidați sub supervizare, după ce analiza se va fi terminat) este fie o subminare a procesului de separare, fie o evitare a nevoii de doliu postterminare. Novick (1997) pune în discuție riscul ca pe o problemă majoră în analizele colegilor și corelează dificultățile legate de terminare cu rezultatul nefericit al unora dintre ei, incluzând numeroase cazuri reale. Pe de altă parte, continuarea colaborării ar putea întări — cum contactul postterminare pare să întărească în general — posibilitatea de a depăși crizele postterminare (Craige, 2002), de a menține interesul și grija fără a cere acel ajutor care trebuie cerut în mod explicit (Schachter, 1990) și de a întări prezența intrapsihică trainică a analistului ca pe o introiecție folositoare, plină de viață (Martinez și Hoppe, 1991).

Trebuie să ne asumăm serios riscurile în ambele direcții. Ar trebui să fim conștienți de posibilitatea de a fi seduși de o apropiere reală sau de o relație măgulitoare de mentor, prin neglijarea și nesocotirea scopurilor analitice. Astfel, nu trebuie să pierdem niciodată din vedere două aspecte. În fiecare analiză, „analistul și pacientul sunt și ei două persoane reale, cu statute adulte egale, într-o relație personală reală unul cu celălalt" (A. Freud, 1954, p. 373). În cazurile discutate aici, suntem

de asemenea și doi profesioniști reali, de o competență profesională potențial egală, într-un parteneriat real unul cu celălalt.

Bibliografie:

Balint, M., „On the psychoanalytic training system" în *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 1948, p. 163-173

Balint, M., „Analytic training and training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 157-162

Balint, M., *The basic fault*, Tavistock, Londra, 1969

Berman, E., „Incestuous elements in psychoanalytic training" în *International Psychoanalytic Studies Organization Bulletin*, 7, 1985, p. 9-10

Berman, E., „The joint exploration of the supervisory relationship as an aspect of psychoanalytic supervision" în J.M. Ross și W.A. Myers (editori), *New concepts in psychoanalytic psychoterapy*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1988

Berman, E., „On analyzing colleagues" în *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 1995, p. 521-539

Berman, E., „The Ferenczi renaissance" în *Psychoanalytic Dialogues*, 6, 1996, p. 391-411

Berman, E., „Sandor Ferenczi today: Reviving the broken dialectic" în *American Journal of Psychoanalysis*, 59, 1999, p. 303-313

Berman, E., „Psychoanalytic supervision: The intersubjective development" în *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 2000a, p. 273-290

Berman, E., „The utopian fantasy of a New Person and the danger of a false analytic self" în *Psychoanalytic Psychology*, 17, 2000b, p. 38-60

Berman, E., „Psychoanalysis and life" în *Psychoanalytic Quarterly*, 70, 2001, p. 35-65

Bernfeld, S., „On psychoanalytic training" în *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 1962, p. 457-482

Calef, V., „An introspective on training and nontraining anaysis" în *Annual of Psychoanalysis*, 10, 1982, p. 93-114

Craige, H., „Mourning analysis: The post-termination phase" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2002, în presă

Ekstein, R., Wallerstein, J. și Mandelbaum, A., „Countertranference in the residential treatment of children" în *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 1959, p. 186-218

Etchegoyen, R.H., *The fundamentals of psychoanalytic techinque*, Karnac, Londra, 1991

Ferenczi, S., „Confusion of tongues between adults and child" în *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 1933, p. 225-230

Ferenczi, S., *Clinical diary*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1988

Freud, A., „The widening scope of indications for psychoanalysis: Discussion" în *The writings of Anna Freud*, 4, International Universities Press, New York, 1954

Gabbard, G.O., „When the patient is a therapist: Special considerations in the pscyhoanalyssis of mental health prefessionals în *Psychoanalytic Review*, 82, 1995, p. 709-725

Gill, M.M., *Analysis of transference*, International Universities Press, New York, 1982

Gitelson, M., „Therapeutic problems in the analysis of the «normal» candidate" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 174-183

Greenson, R.R., *The technique and practice of psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1967

Greenson, R.R., „The „real" relationship between the patient and the psychoanalyst" în R. Langs (editor), *Classics in psychoanalytic technique*, Aronson, New York, 1971

Grosskurth, P., *Melanie Klein*, Knopf, New York, 1986

Hamilton, V., „Truth and reality in psychoanalytic discourse" în *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1993, p. 63-79

Haynal, A., *The techique at issue*, Karnac, Londra, 1988

Heimann, P., „Problems of the training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 163-166

Hughes, J., *Reshaping the psychoanalytic domain: The work of Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn and D.W. Winnicott*, University of California Press, Berkeley, 1989

Hurwitz, M.R., „The analyst, his theory, and the psychoanalytic process" în *Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 1986, p. 439-446

Isaacs-Elmhirst, S., „Thoughts on countertransference (with reference to some aspects of the therapy of collegues)" în *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 1982-83, p. 419-433

Jacobs, T.J., „The analyst and the patient's object world: Notes on an aspect of countertransference" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 1983, p. 619-642

Kariys, D., „The training analysis" în *Psychoanalytic Quarterly*, 33, 1964, p. 485-512

Kantrowitz, J.L., Katz, A.L. și Paolitto, F., „Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the tranference and the patient-analyst match" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, p. 655-678

Kernberg, O., „Institutional problems of psychoanalytic education" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 1986, p. 799-834

Klauber, J., „Elements of the psychoanalytic relationship and their therapeutic implications" în G. Kohon (editor), *The british school of psychoanalysis: The independent tradition*, Free Association Press, Londra, 1981

Klumpner, G.H. și Frank, A., „On methods of reporting clinical material" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 1991, p. 537-551

Lacan, J., *The seminar-Book I*, Norton, New York, 1988

Lampl-de-Groot, J., „Problems of psychoanalytic training" în *International Journal of psychoanalysis*, 35, 1954, p. 184-187

Langs, R., *The supervisory process*, Aronson, New York, 1979

Little, M., „Countertransference and the patient's response to it" în *International Journal of psychoanalysis*, 32, 1951, p. 32-40

Little, M., *Transference neurosis and transference psychosis*, Aronson, New York, 1981

Martinez, D. și Hoppe, S.K., „The analyst's own analyst: Other aspects of internalization". Prezentare la a douăzeci și șaptea întâlnire anuală a Society for Psychotherapy Research, Snowbird, Utah, 1991

McLaughlin, F., „Addendum to a controversial proposal: Some observations on the training analysis" în *Psychoanalytic Quarterly*, 36, 1967, p. 230-247

Novick, J., „Termination conceivable and inconceivable" în *Psychoanalytic Psychology*, 14, 1997, p. 145-162

Ogden, T., „The concept of internal object relations" în *International Journal of psychoanalysis*, 64, 1983, p. 227-241

Orgel, S., „The future of psychoanalysis" în *Psychoanalytic Quarterly*, 69, 1990, p. 1-20

Phillips, A., *Winnicott*, Fontana, Londra, 1988

Racker, H., *Transference and countertransference*, Maresfield, Londra, 1968

Sachs, H., „Observations of a training analyst" în *Psychoanalytic Quarterly*, 16, 1947, p. 157-168

Schachter, J., „Post-termination patient-analyst contact" în *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 1990, p. 475-485

Searles, H., „The patient as a therapist to his analyst" în *Countertransference and related subjects*, International Universities Press, New York, 1979

Shapiro, D., „The analyst's own analysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 1976, p. 491-509

Simon, B., „In search of psychoanalytic technique: Perspectives from on the couch and from behind the couch" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 1993, p. 1051-1082

Wallerstein, R.S., „Between chaos and petrification: A summary of the Fifth IPA Conference of Training Analysts" în *International Journal of psychoanalysis*, 74, 1993, p. 165-178

Winnicott, D.W., *Through pediatrics to psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1958

Winnicott, D.W., *Playing and reality*, Penguin, Harmondsworth, 1971

Capitolul 19

Tratarea psihoterapeuților prin terapie cognitivă

de Judith S. Beck și Andrew C. Butler

Există diferențe mici în terapia cognitivă a terapeuților-pacienți versus alți pacienți. Aceștia au aceeași gamă de tulburări psihiatrice sau probleme psihologice ca și pacienții obișnuiți. Terapeuții-pacienți au același gen de dificultăți la lucru, acasă și în relațiile lor. Aceștia au același fel de gânduri automate și reacții în situații curente. Ei au același tip de credințe disfuncționale cu privire la ei înșiși, la lumile lor și la ceilalți și afișează aceleași strategii disfuncționale în a înfrunta situațiile. Au același gen de puncte tari și puncte slabe. Au același tip de scopuri. La fel ca și pacienții nonterapeuți, terapeuții-pacienți au aceleași cadre religioase, culturale și rasiale.

Terapeuții noștri pacienți sunt bărbați și femei, în vârstă sau tineri. Ca profesioniști în sănătatea minală — psihiatri, psihologi, asistenți sociali sau consilieri —, venitul lor mediu, educația și statutul social sunt mai ridicate decât cele ale cazuisticii curente. Ei cuprind între 10 și 30% din cazuistica noastră curentă și au orientări teoretice foarte variate. Ei caută terapie la noi, date fiind cercetările vaste (peste 350 de studii, Butler și Beck, în presă) care demonstrează eficiența terapiei cognitive, insatisfacțiile din terapiile anterioare și/sau reputația noastră profesională.

Deși terapeuții-pacienți au un număr mic de stresori specifici profesiei lor (Kaslow, 1986; Sussman, 1995), majoritatea pacienților noștri au stresori legați de muncă (uneori considerabil mai intensi decât cei pe care pacienții noștri terapeuți îi experimentează). Indiferent de tipurile specifice de stresori pe care îi experimentează pacienții, abordarea noastră de terapie cognitivistă este în general aceeași.

Principii generale ale tratamentului

Tratamentul terapeutic cognitivist este bazat pe o exprimare cognitivă a tulburării (tulburărilor) pacientului și pe conceptualizare în continuă evoluție a respectivului pacient. Strategiile pe care le folosim în tratament nu variază considerabil de la o tulburare la alta și de la un pacient la altul și nu sunt specifice terapeuților-pacienți. Despre principiile terapiei cognitive și strategiile caracterizând o anumită tulburare, au fost elaborate lucrări vaste: pentru depresie, vezi Beck (1995), Beck, Rush, Shaw și Emery (1979); pentru tulburări anxioase, vezi Beck și Emery (1985); pentru abuz de substanțe, vezi Beck, Wright, Newman și Liese (1993), iar pentru tulburări de personalitate, vezi Beck și Freeman (1990).

Ceea ce este comun în tratarea a aproape tuturor pacienților este un accent pus pe a-i ajuta pe aceștia să-și rezolve problemele actuale, să-și evalueze și să-și modifice gândurile și credințele disfuncționale, să se angajeze în comportamente productive, să-și însușească abilitățile cognitive și comportamentale (incluzând abilitățile interpersonale) și să învețe stategii importante de a minimiza recidiva (Beck, 1995). Atunci când este prezentă o tulburare pe Axa II, trebuie să ne modificăm adesea stilul și să folosim o serie mai largă de strategii și tehnici, incluzându-le pe cele de tip psihodinamic și experiențial.

Unii terapeuții-pacienți care sunt terapeuți cognitiviști (sau alți pacienți care au fost anterior într-o altă terapie cognitivistă) intră în terapie, chiar dacă noi le-am schimbat deja credințele la un nivel „intelectual". Acești pacienți sunt adesea capabili să se miște repede și să înceapă lucrul la nivel „emoțional", astfel încât să își modifice credințele „de la rădăcină". O altă diferență în tratarea profesioniștilor în sănătatea mintală este faptul că necesită mai puțină psihoeducație. De obicei, nu este o problemă atunci când pacienții-terapeuți vin dintr-o orientare terapeutică diferită sau dacă nu au al esei înșisi terapia cognitivă. De multe ori este mai dificil pentru ei să „cumpere" modelul, pentru a-i ajuta să își traducă propriile concepte în termeni cognitivi și viceversa.

Tratamentul are loc în cadrul unei relații terapeutice solide, care este în general la fel de ușor sau la fel de greu de stabilit cu terapeuții-pacienți ca și cu pacienții nonterapeuți. Ne străduim să fim empatici, să acceptăm, să ne pese, angajându-ne activ și deschis spre pacienți pentru a putea să îi ajutăm să își reducă simptomatologia acută cât de repede este posibil.

Natura relației terapeutice

Așa cum este cazul tuturor pacienților, dificultățile în dezvoltarea contractului terapeutic și a dinamicilor de putere ale relației terapeutice sunt minimalizate în terapia cognitivă. Munca noastră este una de intensă colaborare. Noi oferim argumente pentru ceea ce facem. Noi verificăm conceptualizările noastre împreună cu pacienții. Noi decidem împreună probleme precum cât de des să ne întâlnim, cât ar trebui să dureze terapia, cum să structurăm ședințele, pe ce probleme ar trebui să lucrăm și în ce ordine, ce fel de „teme pentru acasă" sunt potrivite. Noi îi învățăm abilitățile de care au nevoie pentru a deveni propriii terapeuți cognitiviști și ne prezentăm mai mult ca „ghizi", ca parte a unei „echipe" cu pacienții, mai degrabă decât ca experți (cu implicația de superioritate de rigoare).

O caracteristică importantă a terapiei cognitive este obținerea feedback-ului pacienților noștri, pentru a ne asigura că suntem pe „aceeași lungime de undă" și împărtășim aceeași înțelegere, ceea ce ajută în a ne asigura că terapia are într-adevăr sens și este folositoare. Atunci când pacientul începe să pară deranjat în ședință, îl întrebăm despre gândurile și sentimentele imediate și le tratăm chiar atunci. În plus, cerem feedback la sfârșitul fiecărei ședințe. Verificăm dacă pacienții ne-au perceput ca neînțelegând bine ceea ce au spus, sau ca făcând greșeli, dacă ceva din ceea ce am spus i-a tulburat și dacă simt că ar trebui să schimbăm terapia în vreun fel în ședința următoare.

O problemă potențială cu terapeuții pacienți (sau cu orice pacient în poziție înaltă de putere sau cu un statut înalt) se ivește dacă suntem prea diferențiali și îi tratăm diferit decât pe ceilalți pacienți. În mod similar, cum a observat și Bridges (1993), identificarea prea puternică cu terapeutul-pacient este una dintre capcanele înfruntate în tratarea terapeuților. Așadar, ne străduim să menținem o abordare consecventă cu toți pacienții. De exemplu, în ciuda diagnosticului lor și a expertizei clinice, le cerem totuși terapeuților-pacienți să completeze formularele noastre cuprinzătoare de evaluare și scalele de stări săptămânale. Și, în ciuda faptului că sunt aproape siguri că modul lor de gândire este corect, evaluăm totuși validitatea gândurilor lor cu aceștia, pentru a putea vedea împreună în ce măsură percepțiile sau concluziile lor sunt corecte.

Dificultăți în relația terapeutică

Caracteristicile esențiale ale terapiei cognitive descrise anterior ne ajută să evităm multe dificultăți potențiale cu terapeuții-pacienți ca și cu pacienții nonterapeuți. Pacienților care intră în terapie cu perspective relativ pozitive asupra terapiei lor, asupra terapeutului și întrezărind posibilitatea de a fi ajutați, le este mai ușor să se angajeze în terapie decât celor care încep tratamentul cu credințe negative. Cei care au o istorie de relații dificile au în mod frecvent dificultăți și cu relația terapeutică. Mulți dintre acești pacienți au tulburări sau trăsături de Axa II și aduc aceleași credințe disfuncționale în relația terapeutică pe care le aduc în oricare alte relații.

Este, de fapt, destul de folositor atunci când același model de gânduri și credințe disfuncționale se ivește în relație cu acești pacienți. Ne oferă oportunitatea să ne cizelăm conceptualizările și să îi ajutăm să identifice, să evalueze și să-și modifice cognițiile distorsionate despre relația *noastră*. Odată ce ei și-au schimbat ideile distorsionate despre noi, despre ei înșiși sau despre ei în relație cu noi, îi ajutăm să generalizeze ceea ce au învățat, pentru a îmbunătăți alte relații.

Acest gen de percepții distorsionate și presupuneri disfuncționale se pot întâmpla cu orice pacient. Acestea pot să (sau pot să nu) ia o formă specifică cu terapeuții-pacienți. De exemplu, câțiva dintre terapeuții noștri pacienți au crezut inițial: „[Terapeutul meu] va crede că sunt un ratat dacă îi spun cât de fără succes lucrez cu pacienții mei". Ca rezultat, unii dintre ei și-au redus lucrul cu noi până în momenul în care nivelul încrederii lor în noi a crescut. Același gen de dificultate se ivește, bineînțeles, și cu alți pacienți care ne citesc incorect gândurile cu privire la problemele lor. În experiența noastră clinică, un procentaj mai ridicat de terapeuți-pacienți vin în terapie cu ideea: „Nu ar trebui să am aceste probleme" sau „Ar trebui să fiu capabil să îmi gestionez problemele fără ajutor". Tehnicile de terapie cognitivă standard, incluzând psihoeducația, le permit să răspundă acestor gânduri.

O altă dificultate apare atunci când pacienții se compară nefavorabil cu noi. Următoarea transcriere ilustrează cum am gestionat această dificultate cu unul dintre terapeuții-pacienți.

Terapeut (schimbând subiectul, atunci când observă că terapeutul-pacient pare descurajat, abătut): Rachel, cum te simți acum?

Pacient (se gândește): Tristă. Îngreunată.

Terapeut: Ce îți trecea prin minte?

Pacient: Mă gândeam că sunt doar un terapeut „de cartier". Nu sunt importantă ca tine.

Terapeut: Ei bine, eu nu aș fi de acord cu asta, dar (stabilind dacă pacientul este îndeajuns de deranjat pentru a justifica o continuare a discuției pe acest subiect) cât de tristă te simți în legătură cu asta?

Pacient (oftează): Destul de tristă.

Terapeut (colectând mai multe informații, pentru a vedea dacă ar trebui să continue în această direcție): Cât de des ai gânduri de acest fel, să te compari cu mine?

Pacient: Nu știu. Cred că destul de des.

Terapeut (obținând un răspuns despre cât de bine răspunde pacientul la gânduri, ce grad de obiectivitate are): Ești capabilă să răspunzi acestor gânduri? Ce îți spui?

Pacient: Nimic. Sunt adevărate.

Terapeut: Și ce concluzie tragi despre tine? Ce ar însemna pentru tine dacă eu *aș fi* mai importantă decât tine?

Pacient (oftează): Că nu sunt destul de bună... Poate că ar trebui să încetez să mai fiu terapeut.

Am folosit atunci tehnici de terapie cognitivă standard pentru a ajuta pacientul să își evalueze ideea dihotomică conform căreia dacă ea nu este „de succes" sau „importantă" ca altcineva, înseamnă că „nu este destul de bună". Alți pacienți se compară pe ei înșiși (nefavorabil) cu noi în termeni financiari, sociali, de succes profesional, de statut marital (familial) și așa mai departe și cred că sunt inferiori.

La început, în terapie, anumiți pacienți folosesc strategii compensatorii atunci când se simt inferiori. Un terapeut-pacient, de exemplu, ne-a pus întrebări legate de cercetare și teoretice, crezând că nu am știi cum să îi diminuăm sentimentele de inferioritate. Un alt pacient a încercat continuu să ne prindă făcând greșeli. Un al treilea pacient a ținut să ne reamintească întruna de toate premiile și onorurile profesionale care i se conferiseră. Aceste comportamente ne-au oferit oportunitatea de a le identifica și de a le modifica credințele dihotomice disfuncționale despre superioritate și inferioritate (care le-au cauzat dificultăți și în alte relații).

O altă problemă pe care am întâlnit-o se întâmplă atunci când terapeuții-pacienți obțin beneficii semnificative din terapia cognitivă și se acuză pe ei înșiși pentru a nu fi folosit această abordare cu propriii pacienți. Unii dintre pacienții noștri nonterapeuți sunt și ei autocritici cu privire la a nu fi căutat acest gen de tratament mai devreme, mai ales

după ce au suferit semnificativ sau cred că alții la care țin au suferit din cauza lor.

Unii pacienți (terapeuți-pacienți sau nu) au dificultăți în a stabili o relație terapeutică rezonabilă din cauza problemelor de control. Ei pot să creadă: „Dacă terapeutul meu deține controlul, înseamnă că sunt slab" sau „Dacă îl las pe terapeutul meu să controleze terapia noastră, voi fi rănit într-un fel sau altul". O problemă adiacentă se ivește ocazional atunci când terapeuții-pacienți au dreptul de a elibera rețete și de automedicație. Recomandarea noastră de a începe terapia cu un psihofarmacolog provoacă uneori teamă în legătură cu confidențialitatea și teama de a fi controlat de o altă persoană, pe care le gestionăm folosind tehnicile standard ale terapiei cognitive.

Greșeli în terapie

A fi om înseamnă a face invariabil greșeli în tratarea pacienților (sau ei ne percep ca făcând greșeli): a înțelege greșit ceea ce au spus, a fi prea empatic sau a nu fi destul de empatic, faptul de a uita ceea ce ne-au spus deja, faptul de a sări la concluzii sau de a formula ipoteze incorecte. În timp ce încercăm să evităm greșelile, încercăm și să le valorificăm atunci când se întâmplă natural. Următoarea transcriere ilustrează una dintre „greșelile" cu un terapeut-pacient și modul în care l-am gestionat.

Pacient (încet): Am avut o săptămână teribilă. (oftează) Mi-a fost atât de greu să trec peste zi, în fiecare zi. (se oprește) Mă simt atât de copleșit. (se oprește) Nu știu ce este în neregulă cu mine. Știu doar că nu mai sunt persoana care eram altădată. (se oprește) Știu că nu ar trebui să mă simt așa, dar...

Terapeut (întrerupând, pentru a stabili ordinea de zi): Pot să îți pun o întrebare? Mi se pare că o problemă importantă la care trebuie să lucrăm săptămâna asta este sentimentul tău de copleșire. Este aceasta cea mai importantă problemă? Mai sunt și alte probleme despre care vrei să vorbești astăzi?

Pacient (uitându-se în jos, cu o voce foarte slabă): Nu știu.

Terapeut: John, cum te simți acum?

Pacient: Nu știu.

Terapeut: Când te-am întrerupt chiar acum, ce ți-a trecut prin minte?

Pacient (oftează): O, doar că tu ai trecut direct la treabă.

Terapeut: Ceea ce înseamnă?

Pacient: Nimic, serios... Știu că asta este ceea ce trebuie să facem.

Terapeutul: Dar...?

Pacient: Nu știu. Cred că este irațional. Cred că am vrut doar să îmi iau o greutate de pe suflet.

Terapeut: Nu cred că este irațional. Are sens. Ai vrea să vorbești neîntrerupt un timp? Iar după ce îți vei fi luat și mai multe de pe suflet, putem decide ce să facem mai departe.

Pacient (oftat de ușurare): Sună bine.

Am văzut această interacțiune ca o schimbare în strategie, mai degrabă decât ca o „greșeală". În orice caz, aceasta ne-a oferit oportunitatea de a întări alianța terapeutică arătându-i pacientului că i-am respectat dorințele, am avut dorința de a fi flexibil, am fost în ton cu experiența sa emoțională.

Alte „greșeli" sunt totuși erori complete, așa cum este ilustrat cu un terapeut-pacient în transcrierea următoare.

Terapeut: Ce s-a întâmplat ieri la întâlnirea cu dr. Stone? (psihiatrul pacientului)

Pacient (pe un ton enervat): Nu a fost foarte productivă. (Acuzator) Știi, trebuia să o suni la sfârșitul săptămânii trecute, *înainte* de întrevedere.

Terapeut: O, da! Ai dreptate. Trebuia să o sun. Nu știu ce s-a întâmplat. Îmi pare sincer rău.

Pacient: Știi, practic a fost o vizită în van.

Terapeut: Trebuie să fi fost destul de supărat pe mine. (pauză lungă) Ce a fost cel mai rău pentru tine — faptul că întrevederea a fost o pierdere de timp? Poate altceva?

Pacient: (Ridică din umeri)

Terapeut: Ce a însemnat pentru tine faptul că nu am sunat așa cum trebuia să fac?

Pacient: Știi, am crezut că pot să contez pe tine, iar acum știu că nu pot.

Terapeut: Ceea ce înseamnă?

Pacient: Că în mod evident tu nu ai considerat că eram prea important.

Această greșeală ne-a oferit ocazia să prezentăm scuzele în mod deschis și sincer, să identificăm și să modificăm o credință importantă, disfuncțională, care a interferat și cu celelalte relații ale multor pacienți.

A greși cu pacienții care sunt sever autocritici poate adesea să ajute ca ei să recunoască faptul că pot fi îngăduitori față de noi și că imperfecțiunea nu este echivalentul incompetenței totale. Atunci când văd că noi ne acceptăm greșelile, uneori devin mai doritori să își dezvăluie propriile imperfecțiuni.

Probleme concrete și concret/psihologice cu terapeuții-pacienți

Unele dificultăți întâmpinate cu pacienții nu țin de credințele lor disfuncționale, dar practic sunt asemănătoare. Altele sunt o combinație de concret și psihologic. De exemplu, unii dintre terapeuții-pacienți suprainteleclualizează. Poate că ei fac asta pentru că acesta este stilul lor natural sau pentru că au învățat să facă așa, ca o funcție a orientării lor teoretice. Alții suprainteleclualizează dintr-un motiv psihologic; de exemplu, ei cred: „Dacă voi experimenta o emoție negativă, voi fi copleșit". Următoarea transcriere oferă un exemplu de suprainteleclualizare (ca problemă practică) și ilustrează intervenția asupra unui terapeut-pacient.

Terapeut: Când te-ai simțit cel mai abătut săptămâna aceasta?

Pacient: Nu știu. Starea mea nu a variat mult.

Terapeut (întrebând într-un mod mai concret, condus de datele adunate în ședințele anterioare): Ai avut interacțiuni negative cu pacienții tăi săptămâna asta?

Pacient (se gândește): Ei bine, da. Am pacienta asta care mă sună întotdeauna în crize, după ședințe, bineînțeles. Am avut o ședință mai spre începutul săptămânii și era foarte enervată că începusem ședința cu ceva minute întârziere, dar a trebuit să o închei la timp. Apropo, întotdeauna îi ofer timp în plus pe parcursul acelor apeluri telefonice. Oricum, ieri mi-a lăsat un mesaj în căsuța vocală spunându-mi că nu era sigură dacă voia să mă mai vadă, că poate nu eram destul de *experimentat* pentru a o putea ajuta, că se gândea să se ducă înapoi la terapeutul ei mai în vârstă, care o ajutase atât de mult în trecut și chestii de-astea.

Terapeut: Cum te-ai simțit când ai auzit mesajul?

Pacient (ridică din umeri, atunci când este întrebat despre emoțiile pe care le experimentează).

Terapeut: Ce îți trecea prin minte?

Pacient: Ei bine, știam că este o rană narcisică (o interpretare, nu gândurile sale curente).

Terapeut: Te gândeai la ceva negativ referitor la tine? Sau referitor la ea?

Pacient: N-am avut nici un gând specific.

Terapeut (oferind un gând automat, care era opusul probabil a ceea ce pacientul gândise *cu adevărat)*: Lasă-mă să formulez altfel. Te gândeai cumva cât de minunat era că ea ți-a lăsat un astfel de mesaj?

Pacient: Nu! Este atât de nerecunoscătoare! Și poate că nu am atât de multă *experiență* ca fostul ei terapeut, dar ea nici măcar nu profită de ceea ce *am* de oferit (acestea sunt adevăratele sale gânduri automate).

Terapeut: Și nerecunoștința sa și comentariul cu privire la *mai puțina* ta experiență te-au făcut să te simți cum? Rănit, furios, trist, anxios?

Pacient: Enervat. E așa de enervantă!

Folosind această tehnică, putem obține gândurile și emoțiile pacientului. Prin întrebări suplimentare, am identificat o credință importantă care stătea la baza enervării lui, și anume faptul că nu era „destul de bun". Am verificat, prin argumente pro și contra, validitatea acestei credințe și după aceea am examinat puncte de vedere alternative.

O altă problemă concretă sau concret/psihologică se ivește atunci când un pacient este prea detașat în timpul ședinței de terapie, tratând prea mult procesul în detrimentul conținutului, cum este ilustrat în cele ce urmează cu un terapeut-pacient.

Terapeut: Și când soțul tău a spus: „Petreci prea mult timp la lucru. Neglijezi copiii și pe mine", ce ți-a trecut prin minte?

Pacient: Văd ceea ce încerci să faci. Ai prins care e situația, acum îmi urmărești gândurile automate, iar apoi mă vei întreba care a fost reacția mea emoțională.

Terapeut: E adevărat!... Văd că ai prins modelul cognitivist.

Pacient: Da... Nu că aș fi neapărat de acord cu el.

Terapeut: Este în regulă. Dacă aș fi în locul tău, probabil că și eu aș fi sceptic. Ești de acord să ne întoarcem la a completa restul modelului cognitiv, ca să vedem dacă pot să îți fiu de ajutor astăzi?

Pacient: Bine.

Această problemă distinctă este mai comună în lucrul cu terapeuții-pacienți, cu toate că apare ocazional și cu pacienții care au citit

despre terapia cognitivă sau au mai beneficiat anterior de un astfel de tratament.

O a treia problemă concretă, pentru mulți dintre pacienții noștri, este confidențialitatea. Unii dintre pacienții-terapeuți experimentează această îngrijorare mai acut decât alții. Încercăm însă să aflăm care le sunt îngrijorările, să le oferim detalii privind sistemul, pentru a îi asigura în ceea ce privește confidențialitatea, și, atunci când este nevoie, să îi ajutăm să renunțe la a gândi în termeni dezastruoși.

Menținerea limitelor

Înainte de a începe tratamentul cu terapeuți-pacienți, discutăm avantajele și dezavantajele pe care ei le pot avea din a intra în terapie cu noi și revedem limitele relației noastre în și după terapie. Dar când apare o problemă, iar pacienții se supără, folosim tehnici standard cognitive pentru a-i ajuta să identifice, să evalueze și să-și modifice gândurile și presupunerile disfuncționale. Credințele tipice includ:

- „Terapeutul meu ar trebui să facă orice vreau eu (indiferent dacă aceasta înseamnă stabilirea unei relații duale)."
- „De vreme ce eu sunt incapabil/ă, terapeutul ar trebui să-mi rezolve mie problemele."
- „De vreme ce terapeutul meu nu își va flexibiliza regulile (cu privire la relațiile duale), înseamnă că nu ține cu adevărat la mine."

Unii dintre pacienții nonterapeuți împărtășesc aceleași credințe.

Menținerea limitelor cu anumiți pacienți este un lucru mai dificil decât cu alții. Unii (terapeuți-pacienți sau nu) se așteaptă să fie tratați într-un fel anume, unii pretind să fie tratați corespunzător poziției, alții cred că ar trebui în primul rând să ne asumăm un rol de protector, nu doar un rol terapeutic. O pacientă terapeut, de exemplu, a considerat că trebuie să o tratăm într-un fel anume, dat fiind statutul ei profesional. Ne-a presat să stabilim întrevederi care nu conveneau orarului nostru și s-a așteptat la acces telefonic nelimitat. Alți pacienți cred că au dreptul la un tratament special, în virtutea succesului lor profesional sau financiar, a statutului social sau a altora. În același timp, alții se așteaptă să-i tratăm în mod special, dată fiind suferința lor.

De la începutul tratamentului nostru cu terapeuții-pacienți, diferențiem clar între rolul terapeutic și cel de supervizare, refuzând să oferim sfaturi în rezolvarea dificultăților pe care le au cu propriii pacienți.

(Şi avem grijă, în mod special, ca aceştia să nu încalce confidenţialitatea pacienţilor.) În cazul în care intervine o problemă, le sugerăm să caute supervizare la alţi terapeuţi.

Un terapeut-pacient, de exemplu, ne-a întrebat cum să îl facă pe pacientul lui să fie mai activat comportamental. S-a enervat atunci când i-am spus că acest subiect era o problemă de supervizare. Mai întâi, am gestionat furia lui îndreptată asupra noastră, dat fiind „refuzul" de a-i oferi ajutor. Atunci când a recunoscut că încercam să ne onorăm obligaţiile etice, a devenit doritor să discute opţiuni pentru supervizare.

O versiune mai subtilă şi mai degrabă unică a aceleiaşi probleme a apărut cu un terapeut-pacient care părea să şovăie în terapie. Iniţial, a fost concentrat şi maleabil în tratament şi a realizat o remisie rapidă a simptomatologiei acute. În şedinţele următoare a devenit mai degrabă neconcentrat şi a venit în terapie cu un număr de probleme diferite, întrucâtva vagi şi nesubstanţiale, asupra cărora ar fi dorit să lucreze. Atunci când i-am atras atenţia asupra acestui lucru, şi-a mărturisit planul secret. Voia să vedem cum abordăm anumite probleme, pentru a face la fel cu pacienţii săi. Acest fapt a oferit oportunitatea unei discuţii despre importanţa deschiderii şi a colaborării în relaţia terapeutică. Am examinat ulterior, în mod cooperant, avantajele şi dezavantajele folosirii terapiei în scopuri de formare sau supervizare. În plus, propriile experienţe de terapie i-au furnizat o cunoaştere de primă mână despre ceea ce implică a fi pacient, fapt care l-a ajutat să empatizeze cu pacienţii săi. Oricum, el a reuşit să vadă că încercarea de a aplica propriile experienţe de terapie pacienţilor săi a ridicat piedici semnificative şi că supervizarea explicită cu un supervizor i-ar aduce probabil mult mai multe beneficii.

Ocazional, avem terapeuţi-pacienţi care doresc să devină candidaţi în formare în cadrul institutului nostru după ce îşi termină terapia, adesea pentru că au ajuns să valorizeze terapia cognitivă şi doresc să îşi dezvolte competenţa în această abordare. Alţii doresc să menţină o legătură cu noi şi se simt speciali. Într-un anume caz, un terapeut-pacient s-a simţit îndreptăţit să beneficieze de o anumită consideraţie: „Aş crede că aţi putea să mă integraţi, de vreme ce m-am descurcat atât de bine". Gestionăm astfel de situaţii la fel ca în cazul oricărui pacient care interpretează greşit relaţia terapeutică, oferind o argumentare a politicilor noastre (nici un fel de privilegiu) şi explorând apoi reacţia pacientului la ceea ce am spus. Astfel de discuţii pot conduce la un progres terapeutic semnificativ, atunci când pacienţii sunt capabili să identifice şi să modifice credinţe de bază relevante, ca de exemplu: „Dacă ceilalţi nu mă tratează într-un fel special, nu mă respectă" sau „Dacă nu sunt special, sunt lipsit de valoare".

Evităm faptul de a le deveni mentori pacienților noștri terapeuți, pentru a evita totodată problemele de relație duală. Folosim, oricum, în mod intenționat autodezvăluirea atunci când este relevant (despre toate luptele nostre profesionale de-a lungul drumului și cum le-am rezolvat, de exemplu) atât terapeuților-pacienți, cât și pacienților noștri nonterapeuți.

Probleme legate de contratransfer

Dat fiind că suntem oameni, simțim conexiuni cu pacienții noștri. Majoritatea conexiunilor sunt pozitive, câteva sunt negative. Atunci când recunoaștem că avem gânduri negative în legătură cu un pacient sau despre noi înșine în relație cu un pacient, folosim instrumentele cognitive pe noi înșine. Ne folosim, de asemenea, de astfel de dificultăți pentru a ne oferi nouă înșine pătrunderea psihologică cu privire la modul în care cei în pielea pacienților, probabil, reacționeză.

Față de unii terapeuți-pacienți, ne simțim adânc îngrijorați atunci când credem că bunăstarea pacienților lor este compromisă. Adesea simțim o presiune semnificativă autoindusă de a-i ajuta pentru ca ei să poată avea un impact pozitiv asupra pacienților lor. Ne consultăm adesea cu colegii noștri, și, uneori, cu comisia psihologică, pentru a discuta obligațiile noastre etice atunci când considerăm că un terapeut-pacient este perturbat profesional.

Uneori suntem îngrijorați (mai puțin frecvent) în legătură cu ceea ce terapeuții noștri pacienți spun despre noi altor profesioniști în sănătatea mintală. Bridges (1995) descrie credințele într-o perfecționare crescută și îngrijorările cu privire la competența unor terapeuți care tratează terapeuți-pacienți. Din nou, instrumentele de terapie cognitivă standard (și dacă este necesar, consultarea cu un coleg) oferă verificări ale realității și ne permit să înlăturăm impresia de dezastru, astfel încât propriile probleme să nu ne împiedice în terapia pe care o oferim.

Rezumat

În terapia cognitivă, lucrăm din perspectiva unui cadru cognitiv cu toți pacienții, dar adaptăm tratamentul în funcție de fiecare individ în parte. Tocmai de aceea, tratamentul pe care noi îl oferim terapeuților-pacienți, de obicei, nu diferă de cel oferit pacienților nonterapeuți. Problemele speciale considerate că ar putea să se ivească doar în cazul

terapeuților-pacienți (cum ar fi sentimentul lor de inferioritate în relație cu noi, frica de lipsă a confidențialității, căutarea de relații duale) apar și în cazul celeilalte categorii de pacienți cărora le acordăm terapie (deși uneori într-o formă modificată). Tratamentul nostru pentru toți pacienții este bazat pe o evaluare continuă, pe o conceptualizare cognitivă rafinată, pe un plan de tratament bazat pe această conceptualizare și pe stategii desemnate nu numai să îi ajute să se însănătoșească, dar și să îi învețe abilități pe care le pot folosi ei înșiși pentru a reduce riscul recidivei.

În sfârșit, în loc ca tratamentul terapeuților-pacienți să ne influențeze lucrul cu alți pacienți, putem spune că mult mai frecvent se întâmplă opusul.

Bibliografie:

Beck, A.T și Emery, G., *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Basic Books, New York, 1985

Bech, A.T. și Freeman, A., *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford Press, New York, 1990

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. și Emergy, G., *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York, 1979

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. și Liese, B.S., *Cognitive therapy of substance abuse*, Guilford Press, New York, 1993

Beck, J.S., *Cognitive therapy: Basics and beyond*, Guilford Press, New York, 1995

Bridges, N.A., „Clinical dilemmas: Therapists treating therapists" în *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 1993, p. 34-44

Bridges, N.A., „Psychotherapy with therapists: Countertransference dilemas" în M.B. Sussman (editor), *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice*, Wiley, New York, 1995

Butler, A.C. și Beck, J.S., „Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses" în *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, (în presă), p. 1-9

Kaslow, F.W., „Therapy with distressed psychotherapists: Special problems and chalenges" în R.R. Kilburg, P.E. Nathan și R. Thoreson (editori), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*, American Psychological Association, Washington DC, 1986, p. 187-209

Sussman, M.B., *A perilous calling: the hazards of psychotherapy practice*, Wiley, New York, 1995

Capitolul 20

Terapie feministă cu psihoterapeuți

Terapia egalitară și altele

de Laura S. Brown

Terapia feministă este o teorie a psihoterapiei care combină eclecticismul tehnic cu principii de bază ce privesc munca și viziunea asupra vieții terapeutului. Aceste concepte care au ca idee de bază noțiunea că terapia este o colaborare egalitară între experți par să se muleze mai bine pe lucrul cu clienții-psihoterapeuți. Multe dintre inovațiile și direcțiile din terapia feministă din ultimele trei decade de existență au derivat din experiențele terapeuților feminiști, ei înșiși aflați în terapie personală, care s-a constituit fie ca una pozitivă, fie ca una problematică.

Ce se întâmplă însă atunci când paradigma terapeutică este aceea a doi terapeuți lucrând împreună, ambele părți definindu-se ca experți în procesul de schimbare, mai degrabă decât să investească cu precădere sau în totatilate cu putere terapeutică persoana care stă în fotoliul terapeutului? Conceptul egalitarismului este deschis interpretării și conține multe contradicții interne, făcând practica terapiei feministe cu alți terapeuți foarte interesantă. Terapeuții, la fel ca și alți clienți se prezintă în terapie cu tot setul de probleme. Terapeuții experimentează schimbări și turnuri de caracter care pot submina înșeși eforturile terapeutice. Terapeuții resimt consecințele traumelor și violenței interpersonale, fapt care le afectează încrederea și capacitatea de a construi relații.

Am început practica de psihoterapeut din 1979 și, de la bun început, am lucrat cu alți profesioniști în sănătatea mintală. Au existat câțiva factori care au contribuit la o astfel de colaborare timpurie în munca mea. Chiar dacă eram un terapeut tânăr și neexperimentat atunci când am început să practic, am fost într-o poziție unică, respectiv una dintre puținele lesbiene declarate, și terapeut pe deasupra, din regiune și, mai

mult decât atât, singura lesbiană declarată licențiată în psihologie (adică singura care putea să accepte plătirea asigurărilor). Cu toate că în acea zonă mai erau câțiva terapeuți lesbiene și homosexuali (pe atunci nedeclarați), doar puțini practicau independent sau ofereau vizibil și intenționat servicii comunității de lesbiene. Faptul că aveam un doctorat m-a ajutat în sensul în care, mă gândesc eu acum, îmi dădea un aer fals de competență; persoane care poate s-ar fi gândit de două ori înainte de a se lăsa în grija unei tinere de 25 de ani de-abia ieșită de pe băncile școlii, văzând însă acele două litere magice înaintea numelui, mi-au călcat totuși pragul.

În anii următori, motivele pentru care terapeuții m-au căutat s-au schimbat într-o oarecare măsură. Sunt binecuvântată cu o puzderie de colegi psihologi sau specialiști în alte discipline care țin de sănătatea mintală și care și-au dezvăluit de curând orientarea sexuală, deci nu pot să mai beneficiez de statutul îndoielnic de resursă rară și, în consecință, supraevaluată. Mai degrabă decât ca un terapeut cu vechime în comunitate, sunt percepută acum ca o persoană înțeleaptă și cu experiență, a cărei reputație a fost susținută prin volumul mare de scrieri.

În mod ironic, o dată cu trecerea anilor, consiliez mai rar terapeuți, nu pentru ca aș fi mai puțin căutată, ci date fiind schimbările în mine însămi și în perspectiva mea asupra rolului terapeutului pentru terapeuți. La început, propriile nevoi de confirmare a valorii personale au fost satisfăcute parțial de faptul că mă căutau pentru terapie inclusiv colegii mei de breaslă. Mai recent, mi-am dat seama că dorințele mele de afiliere, colegialitate și participare considerabilă la evenimente sociale și profesionale, fără să-mi fac griji în privința limitelor personale, au întrecut dorințele inițiale de confirmare. Sunt mai puțin flatată de un coleg care m-ar aborda pentru tratament și, date fiind și unele experiențe dureroase, sunt și mai precaută.

Așa cum sugerează paragrafele anterioare, am fost în principal terapeut pentru alți terapeuți care se definesc ca practicieni feminiști. Cei mai mulți, chiar dacă nu toți, sunt lesbiene sau femei bisexuale, dar am consiliat și câțiva terapeuți heterosexuali (femei și bărbați). În momentul în care scriu acest articol, doar doi dintre clienții mei activi practicau la rândul lor psihoterapia. Majoritatea clienților mei terapeuți au fost psihologi sau au activat în domeniul social și, în plus, am mai avut și câțiva studenți la doctorat. Toți m-au solicitat pentru terapie profundă, de lungă durată, de obicei concentrându-se pe rezolvarea violențelor interpersonale repetate din copilărie. Acest ultim factor descrie cea mai mare parte din practica mea în psihoterapie din ultimii 15 ani.

Tot restul muncii mele cu alți terapeuți a fost terapie feministă. Terapia feministă, cu toate că are o vechime de 30 de ani, nu este încă bine înțeleasă de cei care nu o practică. Voi divaga puțin pentru a explica pe scurt câte ceva despre teorie și practică. Pentru că teoria terapiei feministe este de bază în problematica practicii cu alți terapeuți-clienți, această explicație îl va ajuta pe cititor să înțeleagă restul capitolului.

Scurtă descriere a terapiei feministe

Terapia feministă este o abordare tehnică eclectică a psihoterapiei, fundamentată pe teoriile și analizele politice feministe care și-au avut bazele în cercetarea multiculturală în domeniul psihologiei femeii și a sexului. Obiectivele urmărite de această abordare rezidă în a-i conduce atât pe terapeut, cât și pe client spre strategii și soluții de impunere a rezistenței feministe la patriarhat, la schimbare socială în viața personală cotidiană și în relațiile cu mediul social, emoțional și politic (Brown, 1994); este elaborată în mod deliberat astfel încât să-l transforme atât pe terapeut, cât și pe client. Terapia feministă necesită o dorință continuă de a se angaja cu totul într-un proces de schimbare și de a face asta nu ca un expert distant, ci ca un membru al unui sistem în care puterea este distribuită din ce în ce mai egal între terapeut și client. Paradigma feministă susține totodată că schimbarea individuală este puțin probabilă, atunci când nu se produc și transformări ale mediului și schimbări sociale.

Practica feministă nu este definită de parametrii unei populații cu care lucrează terapeutul sau de ce intervenții specifice folosește acesta sau aceasta, ci de ceea ce *crede* el sau ea că este de făcut în terapie. Practica feministă este însoțită de structura de putere a relației terapeutice și de interacțiunea dintre terapie și mediul social la scală mai largă. Epistemologiile terapeutului și strategiile de inducere a egalității în terapie sunt văzute ca fiind mai importante decât niște intervenții terapeutice specifice.

Terapia feministă susține că tranzacțiile psihoterapiei, aparent private și profund personale, se întâmplă într-un cadru social și politic care anunță la rândul său și transformă sau distorsionează înțelesurile date experienței individuale și procesului psihoterapeutic însuși. Terapia este conceptualizată nu pur și simplu ca o relație de vindecare discretă a indivizilor, ci și ca o experiență cu potențial de transformare socială. Terapia feministă, ca alte modele critice (Fox & Prilleltesnsky, 1977), pune la îndoială concepte ca posibilitatea terapeutului de a fi neutru sau

obiectiv și combate principiile căilor de cunoaștere și limitările cunoștințelor primite la paradigmele pozitivist empirice. Astfel, este deschisă unei întregi plaje de metodologii (Ballou, 1990) și cercetări (de exemplu: calitative, cantitative, autobiografice, intuitive etc.) (Brabeck & Brown, 1997), precum și modelelor de relație terapeutică ce pot diferi de multe ori radical de paradigmele standard ale psihoterapiei.

Terapia feministă, fiind fundamentată pe această analiză critică și politică, are ca scop renunțarea din partea terapeutului, și eventual a clientului, la încercarea de înțelegere a suferinței umane, subliniind că fiecare viață și durere sunt doar manifestări ale proceselor unui context social mai vast. În afară de asta, terapia feministă pretinde ca fiecare experiență de viață să fie văzută ca valoroasă, unică și influentă. Una dintre cele mai radicale inovații ale terapiei feministe la momentul în care a fost dezvoltată pentru prima dată a fost oferirea privilegiului clientului de a se constitui în expert în relația terapeutică.

Clienții sunt văzuți ca surse specializate de cunoștințe cu privire la ei înșiși și la contextele lor sociale. Din cauza acestei privilegieri a rolului individual și a autorității, simultană cu atenția la realitățile publice și politice din această direcție, terapia feministă mărește distanța teoretică în ceea ce privește comportamentul și transformarea dintre perspectivele pozitiviste și postmoderne, nesupunându-se nici uneia. Practica feministă însoțește ambele lumi — interioară și exterioară — combinând înțelegerile dinamică și constructivistă asupra comportamentului uman.

Relația în terapia feministă

În timp ce toate formele de psihoterapie se concentrează pe relația terapeut–client, terapia feministă a fost extrem de energică în adoptarea unei relații egalitare în terapie. Acest concept de egalitarism în terapie reflectă paradigmele de relație survenind din cerințele feministe de transformare radicală a relațiilor sociale. Mai mult decât atât, feminiștii, atât în terapie, cât și în afara lumii terapeutice, au analizat și criticat sensurile atribuite grijii și ocrotirii (Heyward, 1993; Noddings, 1984) și au aplicat acele critici construcției schimbului terapeutic. Analize critice mai recente ale distribuției de putere în psihoterapie (Chesler, 1972; Greenspan, 1983) au condus la încercarea de a dezvolta o paradigmă pentru o relație terapeutică egalitară și abilitată.

Teoriile feministe au identificat atât importanța relației simbolice, la care se face referire în literatura psihoterapeutică de obicei, ca transfer

și contratransfer, cât și pe cea a acceptării confruntărilor vieții de zi cu zi. Terapia feministă a fost în special sensibilă la felul în care componentele interne simbolice ale interacțiunii iau formă și prind culoare prin semnificanții de sex, rasă, clasă socială și cultură, care obțin din acțiunile noastre și dau acțiunilor noastre sens în lumea socială. De la bun început, terapeuții feminiști s-au străduit să dea un sens relației, psihoterapiei, ai cărei parametri, în percepția comună, par să aibă un loc neimportant în scopurile schimbării sociale feministe.

Psihoterapia, ca alte instituții sociale ale patriarhatului, tinde să înglobeze o ierarhie dominanță–supunere cu o distribuție inegală. Cele mai multe modele de terapie investesc expertiză și autoritate într-o persoană, în acest caz terapeutul. Ierarhia puterii și a valorii este încastrată în aceste modele. Multe dintre scrierile despre practica în terapie iau în discuție nevoia ca terapeutul să guverneze și să conțină clientul și procesul terapeutic, reflectând o paradigmă de terapie în care terapeutul deține puterea și decide unilateral structura și limitele terapiei. Din perspectiva feministă, această paradigmă este defectuoasă chiar în miezul ei.

Puterea și instabilitatea generată de aceasta, în terapie, s-a dovedit deosebit de spinoasă pentru terapeuții feminiști, date fiind dezechilibrele inerente chiar terapiei în sine. Terapia este, prin natura ei, o relație dezechilibrată. Nevoia de a păstra anumite limite, dorința de a fi de ajutor clientului și de a nu folosi clientul ca sursă de sprijin, indiferent de profesia pe care acesta o are în afara cabinetului și nevoile proprii de intimitate și control ale terapeutului — toate converg spre o realitate a durerii și a nevoilor clientului de a aloca în mod exagerat de inegal influența interpersonală, chiar și atunci când influența este definită în mod explicit ca reciprocă în anume fel.

Pentru că o analiză a dinamicii puterii este o problemă fundamentală în teoria feministă (Brabeck & Brown, 1997; Brown, 1994; Lerman, 1987), soluția la dilema relațiilor de putere în terapie este o provocare teoretică esențială pentru terapia feministă atât la nivel teoretic, cât și la nivel practic. Strategiile de a trata toate acestea s-au lovit des de dificultăți inerente încercării de a uni două ideologii destul de diferite. Prima dintre ele, feminismul politic, vede individul ca trăind într-un context social de importanță politică și este preocupată de redistribuirea puterii sociale și politice. A doua, psihoterapia, a fost aproape întotdeauna apolitică și a privit transformarea vieților indivizilor ca un scop în sine, fără să se concentreze pe organizarea socială. Cu toate că nu în mod deschis sau printr-o poziție politică clară, manifestată, aceasta din urmă reprezintă oarecum o politică de menținere a statu-quoului.

Egalitarismul și asimetria formează două principii competitive importante, care creează tensiuni în construcția relațiilor din terapia feministă. Terapia feministă chestionează și încearcă să trateze distribuțiile de putere reale, prezente în relație, așa cum există aici și acum. În încercarea de a atinge acest scop, autorii din domeniul terapiei feministe au descris terapia feministă ideală ca fiind o relație egalitară, cu toate că terapeuții feminiști recunosc imposibilitatea egalității pure. Simplul fapt că cel care decide când va avea loc întâlnirea pentru terapie, pe terenul cui și în ce condiții se va desfășura (întotdeauna deciziile vor fi luate și direcțiile trasate de terapeut) este terapeutul relevă asimetria din spatele schimbului.

Conceptul relației egalitare reprezintă o încercare de a recunoaște absența egalității, tinzând în același timp spre ea ca scop final. Relațiile egalitare sunt cele astfel structurate încât să tindă către egalitatea de putere, în care barierele artificiale și inutile din calea egalității de putere să fie înlăturate. În această relație, există o egalitate de *valoare* între participanți și de respect pentru fiecare persoană. Într-o relație psihoterapeutică egalitară, un scop principal este de a-i face pe clienți să cunoască și să prețuiască propriile nevoi, opinii și cunoștințe ca esențiale și imperioase vieții lor. Terapeuții nu trebuie să înlocuiască această cunoaștere cu propria lor autoritate, ci mai degrabă să-și folosească abilitățile de a rezona, oglindi și canaliza clienții spre propria dezvoltare și să-i asiste în conștientizarea modului în care cunoașterea și prețuirea de sine sunt împiedicate de procesele și instituțiile patriarhale.

Această imagine egalitară încadrează terapeuții prin virtutea rolului lor, ca având temporar o putere mai mare în rolul respectiv. Pentru a satisface analiza feministă de putere, este necesară conceperea de metode prin care aceasta este împărțită și transmisă clientului în fiecare aspect al tranzacției psihoterapeutice. Este, de asemenea, important să se găsească modalități strategice de impunere a puterii personale a terapeutului, astfel încât acea împuternicire a clientului să nu devină o simplă cerință a terapeutului sau o renunțare la acțiunea personală. Atunci când clientul este psihoterapeut, acest fapt poate fi destul de alunecos, depinzând de nevoile și tendințele pe care terapeutul-client le aduce în discuție.

Absența temporară a egalității de putere între terapeut și client este subliniată și scoasă la lumină, în practica feministă, de analiza terapeutului asupra dinamicilor de putere, atât de complexe și subtile, existente în acest schimb. Acest gen de analiză necesită o atenție sporită din partea terapeutului, astfel încât să se mențină echilibrul delicat și să nu se întâmple, nici chiar accidental, ca terapeutul să dobândească acele puteri care sunt de obicei atribuite acelui rol în moduri dominante, dar

care sunt evitate prin metodele feministe (cum ar fi puterea de a-i defini pe ceilalți cu patologii considerându-se pe sine ca normă). Metodologiile de obținere a acestui echilibru diferă substanțial una de alta, în funcție de persoană și situație. Fiecare astfel de soluție trebuie să țină seama atât de puterea terapeutului, cât și de cea a clientului și să confrunte în fiecare dintre ei credințele despre ce înseamnă a fi și a te comporta puternic. Exemple de asemenea strategii, care sunt preferate, chiar dacă nu sunt aplicate doar de terapeuții feminiști, au inclus și folosirea în mod intenționat a dezvăluirii terapeutului (Brown & Walker, 1990), dispoziția de a avea modalități de plată flexibile (Luepnitz, 1998), și o concentrare asupra competențelor clientului în favoarea deficiențelor lui sau ei (Brown, 1994, 2000).

Atunci când clientul este psihoterapeut

Toate aceste concepte, subliniind practica terapiei feministe, sunt de obicei cunoscute la un nivel sau altul de către terapeuții-clienți cu care am lucrat. Mulți dintre ei mi-au citit chiar lucrările care conțin mare parte din explicațiile despre teoria terapiei feministe. Altora le este cel puțin familiar sau le-a trecut pe la urechi măcar noțiunea că terapia feministă se presupune a fi egalitară. Oricum, această problemă în sine a egalității în terapie este cea care a dat curs la unele dintre cele mai interesante și mai productive, precum și celor mai dureroase și mai dificile aspecte ale faptului de a fi terapeut feminist pentru alți terapeuți, fie că erau feminiști sau nu la rândul lor.

Terapeuții-clienți nu au avut motivații specifice pentru a veni în terapie. Așa cum am menționat mai devreme, clienții mei terapeuți au aceeași gamă de probleme care îi afectează și pe restul clienților mei.

Ceea ce diferențiază terapeuții-clienți, dacă nu altceva, este gradul de rușine pe care îl poartă cu privire la disconfortul lor. Aproape fiecăruia dintre ei îi provoacă durere doar percepția faptului că dificultățile care l-au adus sau au adus-o în terapia cu mine se constituie a fi o fraudă sau o dovadă ca sunt doar niște impostori în rolul de terapeut. Un refren bine cunoscut îl constituie: „Dacă ar ști clienții mei...". Terapeuții maritali care nu pot susține relații intime, experți în tratarea incestului, care sunt ei înșiși încă prinși în plasa traumelor sexuale din copilărie, consilieri în probleme de dependență de alcool sau droguri, ale căror abilități de a se menține pe linia de plutire este greu pusă la încercare, sau pur și simplu o varietate de depresii sau anxietate, fiecare dintre acestea este

percepută de terapeuți-clienți ca o evidență a inutilității profesionale. Cei mai mulți dintre acești clienți au ales opțiunea, posibilă în statul Washington, de a face o cerere prin care să mi se restrângă dreptul de a avea înregistrări scrise ale terapiei lor cu mine. Puțini dintre cei care au asigurare care le-ar plăti terapia o și folosesc, și nici unul dintre cei care au acoperire administrativă pentru boală nu o utilizează. Problema intimității și nevoia expresă de asigurare a confidențialității pare să marcheze acest grup de clienți, cel puțin atunci când se începe terapia.

Faptul că am cabinetul chiar la mine acasă, astfel încât există un potențial scăzut de a întâlni alți terapeuți și clienți într-o clădire de birouri, a reprezentat un plus. (*Notă*: În cei doi ani de când am început scrierea inițială a acestui articol, m-am mutat și mi-am stabilit cabinetul în altă parte. Cel puțin o dată terapeutul client a comentat că i-ar fi plăcut să mă fi mutat într-o clădire multifuncțională, unde să își fi avut sediul birouri specializate în orice, de la dezvoltare web la societatea locală de jazz, și foarte puține alte cabinete de psihoterapie.) Nu mai este nevoie să spun că nivelul meu de precauție în ceea ce privește programarea clienților, dat fiind numărul foarte mare de suprapuneri sociale existente între clienții mei, este crescut când vine vorba de acest grup. (Pentru o discuție mai amănunțită a acestor problematici, vezi Davis, Cole & Rothblum, 1996.)

Distribuția puterii în terapie, care este fundamentală în practica feministă, a suferit turnuri interesante cu clienții mei terapeuți. Am realizat că mulți dintre ei își doresc să îmi atribuie mai multă putere decât alți clienți în general. Aici cred eu că își are sursa ceea ce consider a fi o neîncredere în sine universală a terapeuților-clienți, o frică de a se păcăli pe sine prin raționalizări și apărări. Această frică pare să conducă la cerințe de protecție fățișă, pe care le preiau și a căror responsabilitate mi-o asum în procesul terapeutic. Acești clienți doresc să fie „mai clienți" într-un sens tradițional decât mulți dintre clienții mei care nu practică terapia și pentru care respectul pentru autonomie este de multe ori îngrijorarea majoră. Gradul în care sunt idealizată de către clienții psihoterapeuți pare să fie mai mare decât cel pe care îl regăsesc la ceilalți clienți în general. Într-o oarecare măsură, acesta este un artefact al persoanei mele profesionale: un profesor, scriitor și conducător. Dar apare totodată și o nevoie crescută de a avea o încredere necondiționată în terapeutul lor — cel puțin în cazul majorității acestor clienți.

În consecință, trebuie să fiu mai activă în a crea un spațiu de a fi pacienți pentru terapeuții-clienți. Trebuie să recunosc cu mai multă deschidere dificultățile inerente în revelațiile despre sine, în vulnerabilitatea

și în dezvoltarea relației transferențiale cu mine. Mă surprind mărturisindu-mi propriile experiențe și frici în terapie, în special în preajma regresiilor și a dependenței, mult mai frecvent cu acest grup de clienți, ca un mijloc de metacomunicare a siguranței de a deveni tânăr, mic și vulnerabil în prezența mea. Mă mai surprind, de asemenea, referindu-mă mai degrabă într-o manieră didactică la paradoxurile vulnerabilității; cum să devii competent emoțional, ceea ce consider a fi un sine qua non al practicii terapeutice (Pope & Brown, 1996), este direct dependent de abilitatea fiecăruia de a fi vulnerabil într-o manieră potrivită, expresiv emoțional și capabil de a renunța la control. Această definiție a competenței diferă radical de construcțiile culturale generale ale competenței ca invulnerabilitate și abilitatea de a menține o anumită rigiditate.

Există însă și un revers al medaliei. Un număr mic, dar notabil, de terapeuți par să fi venit în terapie la mine în căutarea unui conflict de putere. Mi-au citit lucrările și îmi dau citate din acestea, de obicei scoase din context, în încercarea de a mă supune dorințelor lor, dintre care multe cad în afara zonei mele de confort. Speculațiile mele din analiză și interpretare sunt întâmpinate batjocoritor, amintindu-mi în același timp că în terapia feministă clientul este *expertul*. (Omițând noțiunea că terapia feministă este un proces de expertiză împărțită!) Orice încercare din partea mea de a conduce terapia într-o anumită direcție a provocat dispute atât în ceea ce privește direcția, cât și îndrăzneala mea de a avea autoritate.

Dileme legate de limitele terapiei

Aceste variații privind contrucția de sine în calitate de client pot fi observate cel mai ușor la terapeuții-clienți atunci când vine vorba de negocierea limitelor terapiei. Limitele mele ca terapeut au tins să fie într-o oarecare măsură flexibile. În timp ce sunt implacabilă când vine vorba de a avea relații sexuale sau sociale intime cu clienții mei sau foștii mei clienți, am avut mult timp convingerea ca terapeuții și clienții împart realități sociale și trebuie să găsească metode să negocieze aceste realități fără rigititate. Acest fenomen este, cu siguranță, prezent în orașele sociale mici ale comunităților de lesbiene urbane, unde îmi am și eu reședința. Terapeuții feminiști s-au confruntat de la bun început cu problema intimității, date fiind suprapunerile inevitabile ale vieților noastre cu ale clienților noștri (Berman, 1985, 1990; Brown, 1998, 1991). Organizația națională a terapeuților feminiști, Institutul de Terapie Feministă (FTI),

a luat în discuție ce este de făcut în cazul în care un terapeut, care este clientul unui membru curent al organizației, aplică spre a fi membru ea însăși. De vreme ce întâlnirile FTI cuprind un număr redus de persoane, fiind adunări intime, și unde în mod inevitabil se discută procese personale din perspectivă didactică, unii dintre terapeuți nu se simt confortabil cu ideea de a împărți acel spațiu cu un fost client sau cu un client actual. În același timp, alții, printre care mă număr și eu, au susținut clienți terapeuți care își au, cu siguranță, locul în FTI să li se alăture.

În practica mea personală, am încercat să realizez un echilibru între granițele personale și o perspectivă completă a feminismului. Încă mai lucrez la asta. Cea mai mare parte a timpului am practicat de acasă. Cu toate că sala de consultații era separată de restul casei, clienții mei știau unde locuiam. Pe de altă parte, mă dezvălui cu ușurință atât în scrierile mele, cât și în practica terapeutică într-o tentativă de a exersa judecata de sine. Atunci când știu că eu și clientul meu vom lua parte împreună la o adunare extraterapeutică, fie o sinagogă locală pentru lesbiene sau homosexuali, fie un concert, sau o întâlnire profesională, iau inițiativa de a discuta acest aspect cu clienții pentru a ști cum să gestionăm limitele terapiei. Luăm în discuție cum aș putea eu să ofer protecție din punct de vedere al confidențialității în lumea dinafară. De obicei, toate aceste lucruri nu sunt problematice.

Problemele speciale care au apărut cu psihoterapeuții-clienți au fost în mare parte din cauza pudorii lor, iar, pe de altă parte, din cauza flexibilității mele limitate (ale propriilor îngrădiri). Atunci când s-a discutat despre întâlnirile extraterapeutice, le-am comunicat clienților mei faptul că ei sunt cei care trebuie să inițieze un eventual contact în afara cabinetului, având în vedere că doar faptul că eu îi cunosc este confidențial. Pentru clienții psihoterapeuți, asta a condus la niște explorări foarte folositoare din punct de vedere terapeutic privind intrepretările asupra disconfortului pe care l-a produs oferta mea. Asfel, au apărut variații pe tema „Nu ai vrea să știe nimeni că mă cunoști". Una dintre dorințele clienților extrem de prudenți este ca nimeni să nu știe că au vreo relație cu mine, dar în același timp să fie cunoscuți public de către mine. Au apărut probleme privind valoarea, includerea-excluderea și apariția sub aura pozitivă de a fi colegi.

Acești clienți au dus lupte grele pentru inițierea unui contact. Pe când, la început, nu erau în stare să o facă, după aceea m-au perceput ca respingătoare și rece, chiar dacă fiecare dintre ei a realizat că aceasta nu era decât o proiecție izvorâtă din frica de ceea ce s-ar fi întâmplat în urma inițierii contactului de către el sau ea. Cel puțin unul sau doi au devenit

contrafobici și s-au așezat chiar lângă mine la întâlniri, întâmpinând apoi sentimentul de anxietate izvorât din faptul că ar fi fost poate prea intruzivi (problemă cu care se confruntau, cu siguranță, atât în terapie, cât și în viață). A trebuit să rezist tentațiilor de a mă constitui ca salvator prin varierea limitelor. Pentru mine este foarte important să comunic în orice fel că terapia este confidențială și privată. Astfel, în ceea ce mă privește, să apar că ajut clientul prin a mă oferi a fi cea care inițiază contactul în public, în același timp fiind flexibilă în privința limitelor, s-ar constitui într-un subtext periculos la adresa confidențialității.

Au existat, de asemenea, și dileme interesante legate de limitele individuale. Un terapeut care mi-a fost client mulți ani a fost selectat la un moment dat să mă asiste în cabinet, în cadrul unei organizații profesionale. Am slăbit contactul spre sfârșitul terapiei, iar persoana în cauză a continuat să se implice din ce în ce mai mult în asociația profesională respectivă. Când a devenit evident că această persoană era foarte probabil să lucreze pe lângă mine pentru un anumit număr de ani, am propus să ne întâlnim să discutăm cum să gestionăm efectele relației terapeutice, care, după cum aprecia și Hall (1984), durează cu o jumătate de viață mai mult decât cea a plutoniului.

Colaborarea noastră terapeutică s-a terminat într-o notă pozitivă reciprocă. Munca noastră a fost foarte avantajoasă pentru terapeut-client, iar eu am ajuns să apreciez, să admir și să respect această persoană pentru faptul de a fi demonstrat curaj, putere de pătrundere din punct de vedere psihologic și putere de muncă. Distanța dintre noi de peste ani a constituit pur și simplu o acceptare nerostită a stânjenelii care se reflectă în relațiile posterapeutice și, în același timp, o dorință a mea de a onora statutul de coleg al acestei persoane. Astfel, atunci când ne-am întâlnit, am vorbit despre cum să gestionăm faptul că ne cunoșteam de atât timp și mai exact cum să ne asigurăm ca nici o influență a tratamentului terapeutic să nu interfereze cu noua relație de colaborare (aceasta fiind posibilă prin identificarea eventualelor influențe și tratarea lor). Eu am sugerat, cunoscând persoana, că tendințele ar fi fost de a-mi respecta părerea și de a nu se contrazice cu mine, idolatrizându-mă într-o oarecare măsură. Toate acestea apăruseră într-o formă sau alta în tratamentul terapeutic. Fostul client a mai adăugat că, dat fiind faptul că eu eram mai veche în organizație și aveam o poziție de mentor, ar fi fost destul de dificil să scape de toate aceste tendințe. Pe de altă parte, erau lucruri pe care le știam despre această persoană din fostul rol de terapeut, asfel încât ar fi fost nevoie să contruiesc un paravan mai puternic decât oricând în jurul minții mele. Detaliile

personale din relația anterioară, copii și familie, probleme de sănătate, care erau sau nu cunoscute de colegi, au trebuit să fie băgate adânc în dosarul meu interior numit „confidențial". Am convenit ca eu să predau controlul în această privință persoanei în cauză, atunci când ar fi venit vorba de astfel de probleme într-un spațiu public, acum comun.

Am discutat, de asemenea, despre schimbările de limite personale din viața mea. Cum să mă port cu un fost client care ar avea mai multe informații personale despre mine? Cum ar fi ca această persoană să mă vadă în starea de agitație de dinaintea întâlnirilor, când sunt de multe ori impulsivă, lipsită de răbdare, cu o dorință exagerată de control, iritabilă? În timp ce sunt, sper, relativ autentică în munca mea de terapeut, cerințele alergăturii ca voluntar prin toate organizațiile de profesioniști în boli mintale vor scoate la iveală în mod forțat altfel de comportamente decât cele autentice din cabinet. Cum s-ar simți această persoană atunci când ar afla mai multe despre viața mea personală, în care au mai apărut și alte probleme legate de o „căsătorie" cu (acum fosta) parteneră?

În anii următori, am discutat aceste puncte atât într-un cadru formal, cât și informal. Relația dintre noi s-a schimbat. Fostul client a devenit mai puternic și recunoscut profesional, spre bucuria amândurora, iar în timpul acestei evoluții a fost posibil să ajungem la un punct al discuției despre cât de mare este importanța părinților în reușite, dacă s-a ajuns la vreo competiție, lucruri la care era destul de greu de ajuns, în mod simbolic, în terapie. Implicarea mea autentică și poziția de mentor activ a fostului meu client, pe care le-am resimțit în mod natural și fără nici un fel de efort, au constituit o șansă pentru mine de a trăi o bucurie intensă (cunoscută în idiș ca „naches") având în vedere transformarea clientului meu dintr-o persoană timidă și care se subevalua într-una puternică, vizibilă și cu veleități de conducere. Cum relația a devenit din ce în ce mai puțin terapie și din ce în ce mai mult o relație colegială, am terminat tratamentul, cu toate că terapia formală se terminase cu ani în urmă.

Au existat însă și câteva întâlniri mai durereoase cu terapeuți-clienți legate de astfel de limite. Conceptul de respect al expertizei clientului ca agent de schimbare a propriei vieți a fost distorsionat în câteva ocazii la insistențele clientului-terapeut de a deveni agent de schimbare în viața mea. Nu doresc ca terapeuții-clienți, indiferent de cât de pricepuți ar fi ca terapeuți, să funcționeze în vreun fel ca terapeuți pentru mine. Propriile nevoi de intimitate și control și dorința expresă de a păstra rolurile așa cum sunt în terapie sunt menite să prevină astfel de probleme. A fost foarte dificil pentru mine, în cazul cel mai bun, să mărturisesc

clienților mei atunci când trec printr-o perioadă de probleme personale, chiar dacă aceasta ar fi însemnat să le permit să interpreteze corect stările mele proaste dintr-o anumită zi. Pentru mine, de obicei, a fost suficient să spun printre rânduri: „Mă confrunt cu probleme personale serioase în această perioadă, deci, dacă te încarci cu tristețe sau disconfort, să știi că este vorba de mine, și nu de tine".

Au fost însă câțiva terapeuți-clienți care au interpretat refuzul meu de a accepta ofertele lor de ajutor drept insulte. Acești indivizi, nu în mod surprinzător, s-au confruntat cu răni adânci sufletești și și-au concentrat întregul sens al valorii în abilitățile lor de a-i ajuta pe alții. Este vorba de multe ori de terapeuți extraordinari, foarte intuitivi până la un punct, care au o capacitate de empatie colosală și abilitatea de a fi prezenți cu clienții lor în moduri pe care le admir și la care nu pot decât să aspir. Pe de altă parte, au probleme cu autonomia clientului și mai ales cu limitele mele în ceea ce privește acceptarea ajutorului lor.

În mod ironic, acești terapeuți-clienți au avut uneori intuiții la obiect despre mine. Capacitatea lor pentru o intuiție atât de adâncă s-a șlefuit în focurile mistuitoare ale teribilelor abuzuri din copilărie, făcându-i incredibil de atenți la stările celorlalți și cu precădere la cele ale persoanei de care sunt dependente de îngrijire. Cu toate astea, dacă aș fi folosit acele insight-uri în felul în care mi-au fost oferite, mi-aș fi violat propria intimitate și propriile limite. Mai rău decât atât, m-aș fi folosit de dependențele clienților mei de mine și aș fi evitat în mod voit să fac un tratament cu propriul terapeut.

Conflictele care au apărut în această legătură au fost unele dintre cele mai dureroase pe care le-am îndurat ca terapeut. Cum să răspunzi empatic și într-o manieră puternică unui client care îți spune că ea sau el este profund rănit, pentru că eu nu reușesc să apreciez evaluarea lui sau a ei ca terapeut, în timp ce el sau ea dă citate (așa cum se întâmplă frecvent în astfel de crize) dintr-o lucrare în care eu am scris despre relațiile egalitare și despre valorizarea expertizei clientului? Aceasta este una dintre cele mai adevărate provocări ale muncii mele ca terapeut feminist. Pot cu siguranță să mă conectez la durerea clientului meu în această criză. O cunoștință a mea, Carter Heyward (1993), teolog și teoretician al teologiei feministe, a scris emoționant și pregnant în același timp despre tristețea ei copleșitoare atunci când terapeutul feminist cu care lucra a impus anumite limite ale terapiei (pe care le-a și pus în aplicare ocazional), referitoare la refuzul de-a atinge un nivel mai ridicat al reciprocității.

Și, cu toate acestea, nu pot să urmez acea cale. Reciprocitatea apare atunci când ambele persoane o doresc, nu atunci când cineva se con-

strânge și-și încalcă propriul sens al binelui doar pentru a se adapta dorințelor cuiva. Am făcut odată acest experiment de a mă constrânge la așa-numita reciprocitate cu o colegă care nu era în terapie la mine, ale cărei cuvinte și durere erau destul de convingătoare pentru a mă împiedica să îmi aud propria voce. Îmi pare rău că am luat această decizie, m-a rănit profund și, pentru o lungă perioadă de timp, mi-a subminat capacitatea de a avea încredere în mine ca terapeut, colegă sau prietenă. Limitele mele au devenit astfel și mai rigide pentru o vreme.

Această experiență a clarificat și rafinat, de altfel, conceptualizarea din punctul meu de vedere a egalitarismului și reciprocității, ambele atât în terapie, cât și în afara ei. Așa cum am spus înainte, reciprocitatea, deși un scop al practicii feministe, nu este o tehnică menită a fi aplicată la cerere. Este, ori ar trebui să fie, rodul natural al modului în care merge terapia atunci când rolurile se mută sau se shimbă. Cu primul terapeut-client despre care am scris, reciprocitatea s-a întâmplat, chiar dacă nici unul dintre noi nu a specificat-o ca scop. A izvorât din negocierile limitelor și a schimbării de roluri. Cu colega mea, reciprocitatea nu s-a întâmplat, chiar dacă au existat condiții mai favorabile din punct de vedere teoretic decât cele existente într-un context psihoterapeutic.

Cât de diferit este acest client de toți ceilalți clienți?

Într-un cuvânt, nu foarte. Dar în alt cuvânt, profund diferit. Funcția de mentor care se realizează în terapia feministă cu terapeutul-client este, cred eu, o componentă unică a terapiei cu această populație. Dacă un scop al unei relații egalitare este împuternicirea clientului, atunci cum poate această terapie să aibă loc în lipsa unui mentorat profesional de un grad sau altul?

Acest truc de a integra mentoratul în terapie este de a face mentoratul un aspect conștient al problemelor terapiei deja puse pe masă. Fiind o persoană ale cărei singure două concepte de sine complet neconflictuale au fost pe tot parcursul vieții inteligența mea și competența mea intelectuală, a fost o surpriză enormă pentru mine să descopăr câți dintre colegii mei străluciți și foarte capabili se considerau pe ei înșiși a fi proști și fraudoloși. Problema impostorilor, descrisă prima dată de Clance și Imes (1978), pare să fie exagerată printre psihoterapeuții-clienți împreună cu care am lucrat. A fi mentor acestor clienți în dezvoltarea și împlinirile lor profesionale, ca un fel de laborator în care problema impostorilor poate fi evaluată empiric, a fost o componentă frecventă a terapiei.

Astfel, de exemplu, suportul acordat unui terapeut-client cu un masterat, care a aplicat ulterior și terminat un program de doctorat, a fost una dintre experiențele recente de combinare a mentoratului cu psihoterapia. Așa cum am comentat frecvent în decursul anilor, drumul spre succes al acestei persoane până la a ajunge la titlul de doctor, în timp ce eu poate puteam să fiu păcălită de tendințele mele pozitive către această persoană, este improbabil ca să fi fost întreaga facultate a unui program de doctorat. Oportunitățile infinite și variate pentru ca dinamicile unui impostor să fie activate erau o apă excelentă pentru moara terapeutică. Abilitatea mea și dorința de a împărtăși ceva testare a realității procesului (de exemplu: reamintirea propriei mele experiențe de a trece cu o dizertație de comitet) au fost unele dintre componentele active ale funcției de mentor.

Acesta este frecvent cazul psihoterapeuților-clienți. Terapia devine un loc unde pot să își discute fricile de a încerca să scrie, în prezența terapeutului, care este un autor foarte publicat și editor de cărți și magazine; dorințele lor de a lua roluri de conducere, cu un terapeut care a făcut asta, și luptele lor de a crește profesional cu un terapeut care poate și modelează întâlnirea unor astfel de lupte în propria viață și practică. Pentru că, în scrierile mele, am fost relativ transparentă în ceea ce privește modul meu de a gândi ca terapeut, nu mai este întotdeauna nevoie să ofer această informație direct în ora de terapie. În schimb, aceasta reprezintă aproape întotdeauna o componentă a muncii pe care o fac cu psihoterapeuții-clienți. Dezvoltarea sinelui profesional nu poate, dintr-o perspectivă feministă, să fie separată de dezvoltarea sinelui personal. Dacă personalul este politic, și astfel profesional, atunci crearea unor linii de delimitare profesionale în terapia terapeuților ar fi inconsistentă cu perspectiva terapiei feministe asupra terapiei și vieții ca o țesătură dintr-o singură bucată, dar unde fiecare o inspiră pe cealaltă.

Ca și cum psihoterapeuții-clienți își discută munca în terapie. Bineînțeles, aproape toți clienții mei, fie ei șoferi de autobuz, asistente medicale, profesori sau tâmplari, își discută munca în terapie. Munca este încărcătura de peste zi, locul în care conflictele și dinamicile personale se vor juca pe ele însele vrând-nevrând. A crea în mod artificial o clasă de clienți cărora le este interzis să-și proceseze munca împreună cu mine, doar pentru că este vorba de terapie, ar părea absurd.

O dată în plus, ceea ce am eu de făcut și psihoterapeuții-clienți cărora le acord terapie este să observăm cu grijă și să respectăm liniile dintre terapie și supervizare. Sunt conștientă că au existat o serie de ocazii în decursul anilor când ora de terapie a unui psihoterapeut-client a evoluat

în supervizarea unui caz extrem de dureros sau provocator. În esență, tratam în acele ședințe relația „contratransferențială" simbolică a terapeutului-client. Uneori, atunci când un terapeut-client s-a regăsit într-o dilemă profesională extrem de spinoasă, liniile de demarcație dintre terapie și supervizare au devenit neclare. Am făcut recomandări consultanților, am trimis oameni acasă cu cărți referitoare la problema respectivă și am făcut sugestii despre modul în care ar putea obține resurse de supervizare pentru o perioadă lungă de timp. Interpretez aceasta ca o extensie a procesului de a fi mentor. Terapia devine astfel o discuție în care terapeutul-client își poate explora fricile și nesiguranțele cu privire la munca sa — un subiect pe care aproape orice client din orice domeniu îl atinge la un punct sau altul.

Faptul extraordinar de a împărtăși aceeași ocupație cu clienții mei terapeuți relevă existența a două riscuri inerente. Unul este riscul ca eu și clientul meu să ne gândim că sunt mai expert ca terapeut într-o problemă legată de muncă decât aș putea fi în alte cazuri. Și celălalt, un risc complementar, este dacă și când problema prezentă în munca clientului este intrinsecă structurilor sale defensive și nedisponibilă cercetării atente în acel moment, aș putea fi considerată mai puțin valoroasă ca o sursă de asistență pe probleme legate de muncă, dat fiind că orice pătrunderi psihologice pretinse pe care le am de oferit vor fi terapeutic premature pentru terapeutul-client.

Relații postterminale și profesionale

Relațiile postterminale cu psihoterapeuții-clienți sunt într-adevăr unice. Deși pot întâlni alte feluri de foști clienți la întâmplare în viața mea, mulți dintre foștii psihoterapeuți-clienți sălășluiesc în aceleași sfere profesionale. Există un număr mare de psihoterapeuți-clienți care mi-au împărtășit orientarea feministă și identitatea lesbiană și sunt natural atrase de către aceleași organizații profesionale. Întâlnirile Association for Women in Psychology (Asociația pentru Femeile din Psihologie) și Feminist Therapy Institute (Institutul de Terapie Feminstă), ale asociației mele psihologice de stat și ale variatelor societăți profesionale legate de traume, fără să menționez orele sociale divizionale din timpul convenției APA, sunt întotdeauna oportunități să întâlnesc oameni care au fost odată în terapie cu mine. Așa cum am notat anterior, a fost cel puțin o ocazie când un fost client mi-a devenit coleg apropiat într-o asociație profesională.

Complexitatea acestor relaţii postterminale stă în primul rând, pentru mine, în nevoia constantă de a menţine paravanul confidenţialităţii. Clienţii mei psihoterapeuţi pot să fi dezvăluit în mod repetat şi public detaliile pe care eu tot trebuie să le păstrez confidenţiale. Ca urmare, am învăţat să par surprinsă, să ignor informaţia pe care o cunosc prea bine şi să fiu atentă la dinamica psihoterapeutului-client atunci când se transformă în cea colegială. Am discutat cu terapeuţii-clienţi problema dacă să îi recomand altor persoane sau nu. A fi cunoscut drept cineva care a fost recomandat de mine, istoric vorbind, a fost un factor pozitiv în comunitatea mea profesională. Ultima întrebare delicată trebuie astfel pusă de o a treia parte, care nu cunoaşte relaţia, dacă persoana pe care o cunosc în întregime din perspectiva de client este un terapeut bun pe care l-aş recomanda. Am rezolvat această problemă cu răspunsul generic că nu cunosc acea persoană îndeajuns pentru a răspunde.

Mai tulburătoare decât atât au fost puţinele ocazii când ştiam un psihoterapeut-client care se balansa pe marginea prăpastiei incompetenţei sau perturbării. Mi-am folosit puterea de terapeut încercând să fiu convingătoare în privinţa nevoii de a reteza sau opri o practică. În câteva ocazii, psihoterapeuţii-clienţi au profitat cu recunoştinţă de această eliberare de o povară de a presta o muncă pe care nu o mai puteau gestiona şi s-au folosit de suportul meu pentru a avea acces la o asigurare de dizabilitate sau de a face o schimbare spre o slujbă pe care puteau să o tolereze mai uşor şi să o facă mai competent. În alte ocazii — mult mai puţine — mesagerului i s-a tăiat capul şi am fost concediată. Şi acesta este unul dintre aspectele dificile ale faptului de a fi terapeutul altor terapeuţi. Deşi consider că astfel de provocări transcend orientările teoretice (doar dacă o persoană nu este analist de formare şi astfel în poziţia de a opri progresul altei persoane printr-o certificare analitică), cred că acest lucru este extrem de dificil în contextul practicii feministe. Comunitatea de terapeuţi feminişti este mică, iar oamenii se cunosc şi vorbesc unii despre alţii. Am fost pusă în situaţia de a auzi colegi plângându-se de perturbarea unui fost client, una dintre persoanele „plecate cu pluta", şi simţindu-se îngroziţi, dar şi îngrijoraţi atât pentru persoana respectivă, cât şi pentru reputaţia mea şi statutul meu de formator al acelei persoane (să nu devină cunoscut). Necesitatea confruntării lipsei mele de putere ca terapeut este intensificată în comunitatea atât de mică a practicii feministe, ca un acvariu (Lyn, 1990) în care atât vieţile private, cât şi reputaţiile profesionale ale terapeuţilor sunt vizibile şi discutate adesea.

Satisfacții continue

Cu toate provocările inerente în lucrul ca terapeut cu alți terapeuți, m-am bucurat în mare parte de acest aspect al muncii mele. M-a provocat să gândesc în feluri noi și complexe la întreaga idee a unei relații egalitare și la cum să ofer putere oamenilor să fie cât de dependenți și vulnerabili doresc și, în același timp, să fie autonomi și funcționali. Toate acestea m-au condus la a învăța mai multe despre limitele mele ca terapeut și la a aprecia provocările de a dezvolta limite reciproc, atunci când atât terapeutul, cât și terapeutul-client au propriul set de griji legate de limite.

Cu toate acestea, așa cum am menționat anterior, am ales să fac această muncă din ce în ce mai puțin o dată cu trecerea timpului. Inițial am primit o enormă satisfacție a Eului din faptul de a fi cunoscută ca terapeut care oferea terapie altor terapeuți, făcând din aceasta un indicator al competenței. Încă îmi păstrez această perspectivă. Nevoia mea de astfel de marcatori din afară s-a diminuat considerabil în timp. Găsesc din ce în ce mai puțină plăcere în acest aspect de a fi specială. Am descoperit că prețul pe care îl plăteam prin izolare personală se simțea destul de acut. Voiam ca oamenii care îmi erau colegi apropiați să îmi fie disponibili ca prieteni, consultanți ca potențiali terapeuți pentru mine! Cum rețeaua mea de prieteni s-a maturizat și s-a perfecționat, iar nevoile de relații colegiale, de consultanță și personal terapeutice au fost satisfăcute, mă regăsesc o dată în plus deschisă spre a lucra cu alți terapeuți. Simt că parte din aceasta este și o funcție a propriei mele maturizări în dezvoltare (sau cel puțin sper că așa stau lucrurile).

Lucrul cu psihoterapeuții-clienți m-a învățat să fiu incredibil de umilă, atât în ceea ce privește abilitățile mele ca terapeut, cât și în ceea ce privește profesia noastră, în general. Cred cu tărie că de fapt clientul, și nu terapeutul, este cel care face ca schimbarea să se întâmple în terapie. Terapeutul este cel care oferă condițiile necesare și suficiente ale cadrului emoțional în care acea schimbare se poate întâmpla. În cazul clienților mei psihoterapeuți care își folosesc propriile abilități la lucru, precum și în postura de clienți, acest lucru devine foarte evident și îmi reamintește de fiecare dată cel mai puternic că nu eu sunt cea care face ca schimbarea să se producă.

Munca mea ca terapeut pentru terapeuți a influențat și propriile-mi alegeri în ceea ce privește psihoterapia. Mi-am dat seama că o similaritate de teorie nu poate conduce întotdeauna la un mod bun de a lucra în terapie. Uneori, clienții mei terapeuți feminiști împreună cu mine am

ajuns să conspirăm la evitări și acțiuni defensive, folosindu-ne de limbajul și constructele pe care le împărtășim, în feluri în care nu s-a întâmplat atunci când terapeutul fie că nu era un feminist, fie nu avea nici o legătură cu teoria practicii feministe. Clienții mei puteau să se păcălească pe ei înșiși și pe mine mai puțin eficient atunci când nici unul dintre noi nu citam în mod inteligent aceeași teorie. Faptul de a fi atât de diferiți, faptul de a fi nevoiți să negociem discontinuitățile dintre teoriile mele și ale clientului meu, legate de noi înșine sau de lume, a fost adesea extrem de productiv, pentru că amândurora ni se cerea să ne extindem peste zonele de confort. Astfel, propriile alegeri atunci când am avut nevoie de terapeut personal au fost foarte extinse în moduri foarte productive.

Așadar, ce sfat am de oferit colegilor care plănuiesc să se angreneze într-un astfel de efort? În primul rând, acela de a fi stăpâni pe sine însuși/însăși. Competiția cu un client poate fi mortală, precum și cerințele nerostite pe care clienții ni le cer în mod lingușitor pentru a umple găurile din valoarea noastră de sine profesională. Am fost mai bună și mai eficientă în aceste privințe și cu toți clienții mei, de vreme ce nu aveam nevoie de feedback referitor la valoarea și strălucirea extraordinară a interpretărilor mele! În timp ce acest lucru poate părea de la sine înțeles, experiența mea în postură de client a arătat altceva. Prea mulți dintre terapeuții la care am mers au încercat să își dovedească valoarea pe spatele meu, și știu că aceasta nu este o experiență singulară pentru terapeuții în terapie.

În al doilea rând, am o rețea clară și puternică de colegi. M-am hotărât de dinainte, alegând să lucrez cu un număr de terapeuți care erau potențiali egali sociali și colegi. Izolarea este o problemă a terapeuților în general; a deveni terapeut pentru terapeuți, în special dacă ești membru al unei comunități sociale mici, poate fi mortal.

Și, în sfârșit, trebuie reamintit că terapeutul-client este client, în primul, în ultimul și în cel din mijloc rând. Acest lucru pare evident, dar experiența sugerează altfel. Pericolele inerente în identificarea noastră cu clienții care împărtășesc câteva sau toate caracteristicile noastre — fie religie, cultură, orientare sexuală sau ocupație — este că noi suntem cei care îi facem pe clienții noștri speciali în feluri care preced abilitatea noastră de a o vedea sau de a îl vedea clar ca un om suferind, în căutare de asistență și de un loc în care să experimenteze schimbarea personală. Contratransferurile noastre asupra clienților care sunt terapeuți se vor constitui, ca în cazul tuturor relațiilor de acest tip, din elemente complicate (Brown, 2001), reflectând similaritățile și diferențele de rasă, clasă

și cultură, precum și impacturile contextelor noastre sociale. Provocarea noastră cea mai mare este de a ne reaminti că acel individ, necontând în ce măsură ni se aseamănă, necontând cât de abil/ă poate fi în propria practică a terapiei, este acolo împreună cu noi, în vederea propriului proces de vindecare și transformare. Atunci când se pierde din vedere acest aspect, terapia pentru terapeuți poate deveni distructivă pentru client și pentru integritatea procesului. Atunci când suntem capabili să menținem această perspectivă și să rămânem ferm în rolul nostru de vindecător, potențialurile pentru o experiență terapeutică emoționantă și puternică sunt prezente în totalitate.

Bibliografie:

Ballou, M., „Approaching a feminist-principled paradigm in the construction of personality theory" în L.S. Brown și M.P.P. Root (editori), *Diversity and complexity in feminist therapy*, Haworth, New York, 1990, p. 23-40

Berman, J.S., „Ethical feminist perspectives on dual relationships" în L.B. Rosewater și L.E.A. Walker (editori), *Handbook of feminist therapy*, Springer, New York, 1985, p. 287-296

Berman, J.S., „The problem of overlapping relationships in the feminist community" în H. Lerman și N. Porter (editori), *Feminist ethics in psychotherapy*, Springer, New York, 1990, p. 106-110

Brabeck, M. și Brown, L.S., „Feminist theory and psychological practice" în J. Worell și N. Johnson (editori), *Shaping the future of feminist psychology: Education, research and practice*, American Psychological Association, Washington D.C., 1997, p. 15-36

Brown, L.S., „From perplexity to complexity: Thinking about ethics in the lesbian therapy community" în *Women and Therapy*, 8, 1988, p. 13-26

Brown, L.S., „Ethical issues in feminist therapy: Selected topics." în *Psychology of Women Quarterly*, 15, 1991, p. 323-336

Brown, L.S., *Subversive dialogues: Theory in feminist therapy*, Basic Books, New York, 1994

Brown, L.S., „Feminist therapy" în C.R. Snyder și R. Ingram (editori), *Handbook of psychological change: Psychotherapy process and practices for the Twenty-first centry*, Wiley New York, 2000

Brown, L.S. „Feelings in context: Countertransference and the real world in feminist therapy" în *In Session/Journal of Clinical Psychology*, 57, 2001, p. 1005-1012

Brown, L.S. şi Walker, L.E.A., „Feminist therapy perspectives on self-disclosure" în G. Stricker şi M. Fisher (editori), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*, Plenum, New York, 1990, p. 135-156

Chesler, P., *Women and madness*, Doubleday, Garden City NY, 1972

Clance, P.R şi Imes, S., „The impostor phenomenon in high-achieving women: Dynamics and therapeutic intervention" în *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 1972, p. 241-247

Davis, N., Cole, E. şi Rothblum, E., *Lesbian therapists and their therapy: From both sides of the counch*, Haworth, New York, 1996

Fox, D. şi Prilleltensky, I. (editori), *Critical psychology: An introduction*, Sage, Londra, 1997

Greenspan, M., *A new approach to women and therapy*, McGraw-Hill, New York, 1983

Hall, M., *Counselor-client sex and feminst therapy: A new look at an old taboo*. Lucrare prezentată la Third Advanced Feminist Therapy Institute, Oakland CA, mai 1984

Heyward, C., *When boundaries betray us*, HarperCollins, San Francisco, 1993

Lerman, H., *A mote in Freud's eye*, Springer, New York, 1987

Luepnitz, D. A., *The family interpreted*, Basic Books, New York, 1988

Lyn, L., *Life in the fishbowl: Lesbian and gay therapists' social interactions with their therapists*, lucrare de masterat nepublicată, Carbondale, Southern Illinois University, 1990

Noddings, N., *Caring*, University of California Press, Berkely, 1984

Pope, K.S. şi Brown, L.S., *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*, American Psychological Association, Washington D.C., 1996

Capitolul 21

Ascultându-l pe cel care ascultă

O abordare existențial-umanistă a psihoterapiei cu psihoterapeuți

de Myrtle Heery și James F.T. Bugental

În acest capitol vom aborda problema psihoterapeuților care, după practica psihoterapiei pentru o anume perioadă de timp, se întorc ei înșiși înspre psihoterapie, nu ca o cerință, ci dintr-o nevoie autentică a vieții. Vom explora câteva dintre miturile legate de faptul de a fi psihoterapeut, patru predispoziții omenești care stimulează nevoia de psihoterapie și două cazuri clinice în care clienții erau la rândul lor psihoterapeuți, demonstrând procesul psihoterapiei existențial-umaniste.

Când ar trebui un psihoterapeut să intre în psihoterapie?

În timpul formării pentru cariera de psihoterapeut, o persoană beneficiază adesea de propria psihoterapie. Uneori, această psihoterapie poate să nu fie mulțumitoare, iar rezultatul acesteia este contabilizat în termeni de ore de formare în loc de creștere personală.

În orice caz, o bună psihoterapie este un proces din care studentul poate obține beneficiul creșterii personale. Candidatul la formare este probabil să descopere că problemele lui/ei din perspectiva de client sunt paralele în oarecare măsură cu cele ale clienților cărora le va acorda terapie mai târziu în propria practică. În mod similar, va descoperi multiplele variații individuale pe baza aceleiași probleme. Drumul studenților în psihoterapie este bine cunoscut de mulți psihoterapeuți, dar drumul clinicienilor licențiați în psihoterapie nu este. De fapt, literatura pe tema terapiei pentru terapeuți este aproape inexistentă, în ciuda nevoii acute de aceasta, dată fiind consecvența sugestiilor pe care le-am experimentat.

În practica doctorului Bugental, de peste 50 de ani, evolutiv și consecvent, acesta a avut la un anumit moment între două și trei tipuri de terapeuți (psihologi clinici, psihiatri, terapeuți de familie, maritali, asistenți sociali) ca și clienți. Această consecvență a terapeuților clienți s-a dezvoltat prin recunoașterea numelui în profesia de psiholog: publicarea de cărți și periodice, prezentări în cadrul conferințelor psihologice cum ar fi APA, formări oferite psihoterapeuților și poziții de profesor în cadre universitare diferite. Dr. Heery are o dezvoltare similară în practica de peste 25 de ani.

Mitul psihoterapeutului — pierderea feței

Fiecare profesie are propriile mituri. Pentru psihoterapeut, un astfel de mit este acela de „a fi întreg", mitul conform căruia un psihoterapeut practician a trecut peste un anume prag, iar acum se situează dincolo de a avea nevoie de ajutor pentru el însuși sau ea însăși. Cum afectează mitul „a fi întreg" psihoterapeutul? Ca psihoterapeuți în camera de consultații terapeutice, trebuie să discernem cu foarte multă grijă cât din propria experiență interioară să dezvăluim cu fiecare client în parte. Multe părți din noi sunt deplasate în procesul oferirii de psihoterapie, stimulându-ne în mod natural să căutăm adânc în propriile ființe în timpul cât suntem prezenți cu clienții noștri. Acest mit poate servi ca un obstacol în autodezvăluire — și, în mod automat, astfel în contextul unei ședințe de terapie. Dacă observă că acordarea de terapie clienților îi creează un sentiment continuu de neliniște interioară crescută, atunci psihoterapeutul ar trebui să ia în considerare nu numai consultația, ci și psihoterapia individuală.

Astfel îți pierzi fața de psihoterapeut și o porți pe cea de client. Unde vei ajunge atunci? Cunoaștem din experiență că ne dezvoltăm și că este de dorit să alegem ajutorul în procesul nostru de creștere. Viața este un proces mai degrabă decât o destinație. Faptul de se agăța de masca „a ști totul" distanțează terapeutul de el însuși sau de ea însăși de relație lui/ei cu clientul. A permite lui *a nu ști* să fie parte a vieții cuiva aduce vulnerabilitatea umană în moment. Un psihoterapeut nu este un dumnezeu care știe totul, ci mai degrabă un individ care acompaniază pe alții într-o călătorie umană completă — și uneori dureroasă. Propria durere a terapeutului necesită atenție în psihoterapie personală, și nu în psihoterapia cu clientul.

Patru date existențiale

Terapia existențial-umanistă pretinde că toată experiența umană este sprijinită pe date sigure, inevitabile, ale condiției umane. Modul în care un individ gestionează aceste date stă la rădăcina situațiilor dureroase care îl/o aduc în terapie. Teoreticieni diferiți ai acestei școli (Bugental, 1965; Yalom, 1980) clarifică aceste date. Vom explora aici patru date oferite de Bugental (1987): întruparea, finitudinea, posibilitatea alegerilor multiple și faptul de a fi parte a și departe de.

Întruparea

Oricine are un corp, un vehicul prin care să experimenteze viața. Acesta este datul *întrupării.* La răstimpuri, experimentăm dualitățile foamei și sațietății, plăcerii și durerii, bolii și rănii, energiei crescute și scăzute. În timp, corpurile noastre cresc, se maturizează și îmbătrânesc. Corpurile noastre ne reamintesc continuu că viața este schimbare. Corpurile noastre ne amintesc și că fiecare viață este unică, la fel cum și fiecare corp este unic: unul per client.

Natura umană dorește să adere la permanență, dar viața ne prezintă continuu impermanență. Vedem acest lucru peste tot, inclusiv în practica terapeutică. Știm foarte bine că un client pe care îl vedem la o primă vizită va veni la un moment dat pentru ultima dată. Clientul pe care l-am văzut săptămâna trecută în multe privințe nu este același pe care îl vedem săptămâna curentă. Un diagnostic pe care îl punem la începutul unei ședințe poate să nu fie cel pe care îl putem pune la sfârșitul aceleiași ședințe. Unele dintre potențialele latente în fiecare dintre noi apar în timp ce altele se retrag. Viața este în *proces*, nu este statică, iar corpurile noastre în schimbare oglindesc continuu acest lucru.

Unii oameni își petrec mare parte din timp îngrijindu-se, întărindu-și corpurile. Acest lucru poate deveni o obsesie, un act disperat de a tinde la permanență în fața schimbării implacabile. Situațiile neplăcute psihologice se ivesc adesea atunci când o persoană neagă sau confruntă impermanența corpului. Nimeni nu este imun la aceasta, inclusiv psihoterapeuții.

Finitudinea

Așa cum fiecare moment prezent alunecă mai departe în următorul moment, experimentăm în mod continuu datul *finitudinii:* limitarea vieții.

Trebuie să gestionăm pierderea, situațiile de dincolo de controlul nostru și schimbarea continuă. Ca terapeuți, realizăm că putem doar să facem atât de mult, putem doar să vedem atât de mulți clienți și vom practica această profesie pentru o vreme foarte îndelungată. Finitudinea ne influențează zilnic. Căutăm certitudinea într-o mulțime de feluri: prin formarea în terapie, prin trecerea de examenele pentru licență, prin asigurarea practicii noastre. Încercăm să evităm contingențele nedorite, dar există întotdeauna circumstanțe dincolo de controlul nostru.

Conștiința morții este ultima experiență de finitudine. Terapeuții îi ascultă pe unii clienți îndurerați de moartea celor dragi sau pe alți clienți care fac față propriilor morți. A asculta probleme legate de moarte este o reamintire a propriei morți (Heery, 2001). Nu știm când, unde sau cum vom muri. Certitudinea și incertitudinea simultane legate de moarte ne influențează în mod puternic. Fiecare dintre noi este influențat în mod diferit în felul în care ne trăim viețile. Unii dintre noi caută siguranță prin achiziționarea de polițe de asigurare și prin economisirea de bani, în timp ce alții cumpără bilete la loterie sau riscă pierderea unor mari sume de bani, la bursa de stoc.

Putem privi toate acestea — riscul la fel ca și căutarea siguranței — ca încercări de a gestiona cu finitudinea ultimă a morții. Oricine trăiește însoțit de umbra morții. Pentru terapeuți, această confruntare poate fi intensificată. Îi facem față în propriile vieți și, în același timp, îi ascultăm și pe clienții noștri experimentând toate variațiile acesteia.

Alegerea

Viața ne prezintă alegeri pe fiecare front, de la ce să mâncăm la micul dejun până la ce să facem cu restul vieții noastre. Acesta este datul *alegerilor multiple*. Este în mod paradoxal și inevitabil strâns legat de experiența noastră de finitudine: alegerile disponibile nouă pot să nu fie nesfârșite, mai mult decât atât, chiar și refuzul de a alege înseamnă o alegere.

A intra în terapie este o alegere, de asemenea. Psihoterapeuții văd indivizi care le intră în cabinet în situații critice, mulți pleacă cu perspective noi și cu o viziune mai largă asupra felului în care își trăiesc viețile. Pentru unii terapeuți, ușurarea evoluției altora este o mulțumire în sine. Pentru alții, a ușura în mod repetat situațiile altora și a vedea aceste schimbări în alții pot deveni un imbold de a face schimbări în propria viață, astfel o persoană alege să devină participantul activ.

Acesta nu este un contratransfer uşor, o reacţie disproporţională faţă de client, ci mai degrabă efectul cumulativ de a privi oameni primind beneficiile psihoterapiei şi a dori unele dintre beneficii în interesul propriu. Un terapeut mi*-a spus: „Doream şi eu toate bunătăţile pe care le ofeream. Voiam să beneficiez de psihoterapie". Dorinţa este un pas esenţial de la lumea subiectivă la lumea obiectivă, astfel încât beneficierea de psihoterapie să devină realitate. Îi întreb adesea pe psihoterapeuţi: „Ce te-a adus aici?". Aud o varietate de răspunsuri, dar o temă consecventă este dorinţa de a primi aceleaşi beneficii pe care ei le oferă, şi astfel să îşi îmbogăţească propriile vieţi cu un sens şi un scop.

Alegerea de a căuta terapie pentru sine însuşi/însăşi ca terapeut ridică multe întrebări: „La cine să mă duc? Cum va fi văzut acest lucru de terapeutul cu care lucrez şi de comunitatea în care lucrez?". Libertatea noastră de alegere poate fi limitată aici de situaţia în care ne găsim şi de sistemul de credinţe sub care operăm. În anumite medii, mitul psihoterapeutului de „a fi întreg" poate fi un impediment: un psihoterapeut care este în psihoterapie nu este privit bine. Este o ruşine şi o dovadă că acea persoană poate că nu este întreagă. Aşadar, căutarea de terapie pentru sine însuşi/însăşi contravine mitului conform căruia psihoterapeuţii au vieţi corespunzătoare în toate momentele.

În alte medii, mitul răspândit poate fi exact opusul: că este absolut necesar ca terapeutul să beneficieze de terapie. *Această* versiune a mitului susţine că trebuie să fie ceva în neregulă cu terapeutul care *nu* beneficiază de psihoterapie. La urma urmei, oricine este conştient este în psihoterapie, iar dacă nu eşti, atunci trebuie să fii în negare sau într-o călătorie a Eu-lui.

A fi parte a *şi* departe de

A fi *parte a* şi *departe de* este un alt dat al condiţiei umane pe care îl recunoaşte psihoterapia existenţial-umanistă. La fel cum viaţa ne prezintă continuu alegeri, la rândul nostru trebuie să facem faţă experienţei de a ne simţi *parte a* unor situaţii şi *departe de* altele. Exact ca şi în cazul celorlalte date, aceasta implică un paradox: nu mai putem să ne simţim conectaţi la toată lumea şi la totul din jurul nostru pe cât de deconectaţi de ei ne putem simţi. Ne conectăm la umanitate tot timpul, cu toate

* Doar dacă nu este indicat altfel, toate pronumele la persoana I singular se referă la Dr. Heery.

acestea fiecare dintre noi este în mod unic departe de, separaţi de aceasta în acelaşi timp.

În timpul procesului psihoterapiei existenţial-umaniste, terapeutul are experienţa de a fi, în mod simultan, parte a clientului şi departe de client. Cunoaştem faptul că această relaţie limitată constrânge experienţa de a fi *departe de.* Cu siguranţă nu cunoaştem clientul în afara cadrului psihoterapeutic, căci atunci când terapia ia sfârşit, relaţia ia sfârşit. Cu toate acestea, în timp ce terapia este în desfăşurare, relaţia poate fi intensă şi în mişcare. Terapeutul are frecvent experienţa de a fi *parte a.* Ne alăturăm de multe ori experienţelor umane ale clientului. Suntem tovarăşi pe drumul unui puternic proces de schimbare şi oportunităţi.

Un psihoterapeut poate fi îmbogăţit prin a fi o parte a drumului unei alte persoane în viaţă. Atunci când un client pleacă sau termină terapia, putem experimenta în mod acut singurătatea în propriile noastre vieţi. Clientul intră în cabinet singur şi iese singur. Viaţa ne-o petrecem alături de alte persoane, cu toate acestea, fiecare dintre noi este până la urmă singur.

Faptul de a fi cu această ultimă separaţie poate crea o tensiune înăuntrul nostru, la care ne referim ca anxietate existenţială (May, 1969). Această tensiune apare atât în relaţie cu ceilalţi, cât şi cu sine. Este o parte inevitabilă a condiţiei umane. Oricine, incluzându-i pe psihoterapeuţi, poate construi modele defensive împotriva acestui dat producător de anxietate. Cu toate acestea, anumite situaţii din vieţile noastre profesionale şi personale pot aduce cu sine felul nostru de a fi cu acest dat în chestiune.

Paradoxul ascultării — un dat în psihoterapie

Experienţa acestor date omeneşti poate impulsiona pe oricine, incluzându-i pe psihoterapeuţi, să-şi dorească să fie ascultat în mod profesionist. Nu vorbim despre a fi ascultat de către prieteni sau iubiţi, ci mai degrabă de o ascultare clinică, o ascultare profesională. A asculta este un proces multidimensional, iar a asculta un ascultător profesionist are multe aspecte pe care de-abia începem să le recunoaştem şi să le verbalizăm. Există o diferenţă între a asculta pe cineva care are abilităţi profesionale de ascultare — adică un terapeut — şi a asculta pe cineva neformat în această direcţie. Cunoaşterea procesului terapeutic poate lucra atât în folosul, cât şi împotriva clientului care este terapeut de profesie. În lucrul cu psihoterapeuţii-clienţi, terapeutul întâlneşte un client

care este, de obicei, doritor de a-şi asuma obligaţia şi a lucra cu profunzime, ceea ce poate fi o experienţă emoţionantă şi plină de satisfacţii pentru ambele părţi (Bugental, 2001).

Pe de altă parte, un alt aspect pe care l-am recunoscut este „criticul interior" adesea prezent atât în ascultător, cât şi în persoana ascultată. Acest critic interior poate fi atât folositor, cât şi un impediement, reclamând vigilenţă din partea ascultătorului. Pentru psihoterapeutul-client, este de mare folos să fie receptorul unui proces în care are încredere şi îl cunoaşte. Şi totuşi, această mare familiaritate se poate transforma într-o piedică. El sau ea va întâlni probabil „subterapeutul" sau „criticul profesional" interior în timpul şedinţelor, prin percepţii de genul: „Doamne, doctore, ce intervenţie extraordinară aţi făcut asupra mea" sau exact opusul: „Doamne, doctore, intervenţia asta a fost departe de ţintă". Fie că psihoterapeutul-client verbalizează această evaluare sau o gândeşte, această activitate de „subterapeut" devine parte a rezistenţei la lucru.

În această voce critică a psihoterapeutului-client, vom auzi adesea competiţie. Care este experienţa interioară a acestei voci competitive în client? Accentul în munca noastră se pune pe procesul clientului, pe experienţa subiectivă. Ne concentrăm pe proces, nu pe conţinut sau pe afirmaţiile făcute. Acest tip de competiţie nu va fi specific numai clienţilor psihoterapeuţi, ci, în acelaşi timp, pacienţi din profesii variate vor explora probleme legate de competitivitate în timpul psihoterapiei.

Acest accent pe rezistenţă activează transferul şi contratransferul, o forţă pozitivă necesară pentru mişcarea următoare a psihoterapiei existenţial-umaniste în adâncime. Psihoterapeutul-client va încerca să devină prieten cu psihoterapeutul, făcând referire la statutul lor de colegi sau prin conspiraţii, prin criticismul implicat cu privire la alţi terapeuţi. „O, ştii cum sunt *ei*", mi-a spus un psihoterapeut-client cu privire la participanţii la o conferinţă profesională. Într-o altă situaţie, un psihoterapeut-client a spus râzând (şi cu o provocare implicată): „Ştim amândoi că îţi rezist acum".

Din punctul de vedere al terapeutului, invitaţia de a se alătura în râs putea fi tentantă şi modulată de contratransferul activat în terapeut. Majoritatea terapeuţilor nu au cunoscut nevoile personale de a fi cunoscuţi profesional, tocmai de aceea susţinem explorarea contratransferului prin supervizare. Nu serveşte clientului ca terapeutul să se alăture sistemului de prieteni.

O grijă şi o precauţie speciale pot să apară în terapeut din perspectiva anxietăţii legate de performanţă, a faptului de „face bine" ce face şi a

ideii de a fi evaluat și judecat ca terapeut lucrând cu un terapeut. Uneori, autodezvăluirea de către terapeut este în regulă. Aceasta trebuie făcută cu multă grijă și sensibilitate la momentul potrivit, dar autodezvăluirea terapeutului este uneori necesară pentru a explora impactul clientului asupra altuia; de exemplu: „Suntem amândoi psihoterapeuți de profesie. Știu că uneori am râs împreună despre profesia pe care o împărtășim, cu toate acestea ezit să râd împreună cu dumneavoastră acum". O astfel de autodezvăluire necesită o grijă extraordinară. Terapeutul trebuie să simtă și să evalueze fiecare situație îndeaproape. Depășirea relației transferențiale și contratransferențiale cu un psihoterapeut-client necesită vigilență din partea psihoterapeutului.

Pentru terapeut, a ajuta alți terapeuți poate reprezenta o creștere a sentimentului de a fi recunoscut și apreciat. Pe de altă parte, poate extinde Eul profesional cu un sens al onoarei și mândriei din a deveni cunoscut ca „terapeut pentru terapeuți".

Aici se pune problema echilibrului, este nevoie ca psihoterapeutul să monitorizeze această activitate de ajutorare cu o vigilență crescută. Dr. Heery a experimentat anxietatea legată de performanță, atunci când a început să vadă terapeuți-clienți și când criticul ei interior ar fi spus, de exemplu: „Doamne, asta chiar nu era cazul să spun!" și alte tipuri de autocriticism. Această anxietate s-a domolit prin supervizare și consultații, ca și prin experiența trăită a acordării de terapie mai multor terapeuți din perspectiva de clienți.

Pe parcursul jumătății de secol de practică, dr. Bugental a avut multe onoruri individuale și colective, cum ar fi faptul de a preda rezidenților psihiatri și de a acorda terapie unor cunoscuți psihologi și psihiatri. Toate aceste onoruri au fost însoțite, bineînțeles, de un sentiment de mândrie. Anii i-au mai arătat doctorului Bugental marea valoare a căutării de consultanță consecventă cu persoane de pe poziții egale, pentru a monitoriza și a păstra sub control sentimentul de „terapeut atotștiutor". Este crucial să ne reamintim că munca psihoterapiei este în folosul clientului mai degrabă decât în folosul proslăvirii psihoterapeutului. Grupurile de consultații între persoane cu ranguri egale pot să țină locul unei o plăcinte delicios de umile pe care o recomandăm din toată inima.

Combinarea de modele de terapie — Cazul Laura

La fel cum există mulți indivizi diferiți, la fel există și multe forme de psihoterapie. Psihoterapia existențial-umanistă își concentrează atenția

asupra unicității și ireductibilității experienței umane. Nu există legi universale de comportament în această școală.

Există, cu siguranță, o diferență majoră între stilul de psihoterapie abordat de noi și cel al multor agenții publice de sănătate mintală. Noi oferim psihoterapie de lungă durată, profundă, în timp ce majoritatea agențiilor publice de sănătate mintală oferă terapie de scurtă durată, în principal cognitiv-comportamentală. Clinicienii din aceste locuri de întâlnire se limitează adesea la cinci până la zece ședințe cu orice client. Noi considerăm de mare preț explorarea drumului unui psihoterapeut din cadrul unei astfel de agenții care a venit la dr. Heery pentru psihoterapie.

Laura, așa cum o vom numi, a lucrat într-o agenție de sănătate mintală publică în ultimii 20 de ani, iar acum telefonează pentru a obține o întâlnire, de această dată pentru ea. În timpul primului ei apel către mine ridică multe întrebări cu privire la intimitate. Va împărți sala de așteptare cu altcineva? O va vedea cineva intrând sau ieșind din cabinetul meu? Tonul ei este precaut. Laura are nevoie să fie asigurată că ceilalți nu vor ști că mă vede. Nu pot să fac promisiuni absolute, dar pot să îi ofer oarecare siguranță, în sensul că este absolut cert că vizitele ei la mine vor fi private.

Atunci când Laura vine la primul interviu, pot să aud anxietatea din vocea ei. Nu mă concentrez pe cuvintele ei, ci pe muzica din spatele cuvintelor. Aud un plânset în vocea ei. În acest scurt contact, pare foarte îndepărtată de lumea ei terapeutică. Trece în afara domeniului ei terapeutic pentru a căuta pentru ea însăși un tip de psihoterapie care este destul de diferit de propria practică. Asigurarea mea cu privire la intimitatea fizică îi aplanează temporar tensiunea și începem deja să lucrăm.

Potențialul transformativ al anxietății

Laura se regăsește într-o situație foarte ambiguă în viața ei. Ea practică o formă de psihoterapie despre care a început să creadă că nu îi ajută în nici un fel pe clienții ei. Se simte restricționată de cerințele psihoterapiei de scurtă durată. Clienții ei doresc să continue, dar nu îi stă ei în putere să le permită acest lucru. Este cumplit de copleșită de suspiciunea că eșuează în a-i ajuta pe alții. *Ce voi face?* se întreabă ea. *Nu am nici o altă formare, iar formarea pe care o am nu îi ajută pe oameni. Vin pentru câteva ședințe, iar apoi, cu siguranță, au nevoie să revină. Nu mi se permite să îi ajut din nou. Nu li se dă o a doua șansă și nici mie.*

Dilema Laurei apare din conflictul dintre o condiție dată și una aleasă. A ales să fie psihoterapeut și să lucreze la această agenție, cu toate acestea se regăsește constrânsă de regulile agenției. Această condiție paradoxală face apel la autenticitatea Laurei. Nu mai poate depinde de ceea ce și cum gândește. În ciuda eforturilor ei e a rămâne reală formării ei, descoperă că nu poate.

Este foarte important pentru mine să nu mă alătur Laurei în percepția ei despre cât de limitat a devenit tipul de terapie pe care ea îl practică. Insatisfacția ei este o chemare pentru ea în vederea căutării unui mod de viață mai autentic; această insatisfacție însuflețește momentul, iar eu îl reflectez pentru ea.

— Laura, aud insatisfacția ta cu privire la slujbă. Ce dorești să faci?

— Ei, bine, am crezut că mă puteți ajuta să decid ce să fac. Știu că dumneavoastră practicați un tip diferit de terapie — de lungă durată —, deci sper că mă puteți ajuta.

Se oprește și se lasă purtată de liniște. Simt acest moment împreună cu ea. Simt cum călătorim împreună în spațiu, pentru un moment neajungând nicăieri, pur și simplu purtate de curent.

— Laura, unde ești?

— O, doar purtată de val, nicăieri în special. Credeți că mă puteți ajuta?

Laura mi-a arătat clar ambivalența ei. Îi voi atrage atenția asupra acestei ambivalențe; o vom vizita de multe ori în decursul terapiei ei. Acum ne confruntăm cu ambivalența Laurei în ceea ce privește lucrul în acest moment. Mi-a cerut să muncesc în locul ei, în timp ce ea se lasă purtată de val. Aceasta este „rezistența" ei și acesta este aspectul la care lucrăm în momentul de față: observarea ambivalenței în viața ei în acest moment (Bugental, 1999).

— Laura, pentru un moment ne-am lăsat amândouă purtate de curent. Te ajută asta cu ceva?

— Ei bine, cu siguranță nu v-am cerut să vă lăsați purtată cu mine, dar puteți să mă ajutați?

Acum relația noastră client-terapeut este în centru. Această relație umană, mai degrabă decât ideile și explicațiile, va fi baza pentru orice transformare pe care Laura o face. Aceasta creează oportunitatea pentru ea de a avea o experiență nouă de relaționare. Centrul este momentul, nu trecutul sau viitorul, ci acum (Heery și Bugental, 1999). Faptul de a descoperi modul în care Laura alege să fie în moment este călătoria noastră împreună, care durează mai mulți ani.

— Laura, când te-am întrebat ce dorești să faci în legătură cu slujba, ai ales să te lași purtată de val, iar eu te-am însoțit. Acesta este un moment

foarte important în relația noastră. Tu nu mi-ai cerut direct să mă las purtată împreună cu tine, dar eu m-am alăturat ție acolo unde ai ales tu să mergi. Ne-am lăsat purtate împreună.

Astfel, munca noastră împreună începe într-o notă importantă: a se lăsa în voie. Explorăm adesea care sunt pentru Laura implicațiile faptului de a se lăsa purtată și cum contribuie acestea la alegerile pe care le face în viața ei. Acest moment de plutire este doar un indiciu despre cât de multe vor urma în următoarele ședințe de terapie ale Laurei. Participarea mea cu Laura navighează de-a lungul instrucționalului, liniștii, oglindirii, empaticului, presiunii și mai mult decât atât — acoperă mult din spectrul a ceea ce înseamnă a fi om în relația client–terapeut. Această muncă este ca un muzician cântând la un instrument care produce multe frecvențe diferite. Terapia trebuie să fie acordată de fiecare dată. Este spontană și, în același timp, disciplinată, așa cum orice muncă artistică o cere.

În acest proces al terapiei de lungă durată a Laurei, au apărut multe rezistențe, așa cum se și cade. Rezistența ia adesea forma de a se lăsa purtată de val, de a abdica de la responsabilitatea vieții ei, așteptând ca eu să o repar, și de a blama agenția pentru inabilitatea de a practica terapia pe care dorește să o practice.

Laura are nevoie ca rezistențele ei să funcționeze la fel cum are nevoie de pielea ei pentru a-i conține organele. Rezistența este o parte a condiției umane. Laura nu va funcționa niciodată fără rezistențe. Munca noastră împreună aduce în chestiune rezistențele prezente, lasă loc pentru alte rezistențe și se deplasează înspre a accesa potențialuri neabordate în Laura.

Continuând să se concentreze spre interior, Laura atinge noi orizonturi ale potențialelor ei latente și le folosește, alegând conștient să fie *o parte a* și *departe de*. Îndreptată înspre interior, începe să se simtă acasă în interiorul ei înseși, permitându-și să fie diferită într-un cadru care nu îi oglindește credințele. Încetul cu încetul, atunci când se lasă purtată de val, devine mai concentrată pe ceea ce dorește să facă cu talentele ei, nu doar ca terapeut, dar și ca persoană trăind din plin aici și acum. În exterior, ea începe o practică de terapie part-time folosind o abordare eclectică. Rămâne astfel în slujba ei pentru guvern în regim part-time, cu un sens reînnoit al faptului de a fi ea însăși, în ciuda condițiilor de constrângere.

Un psihoterapeut înfruntă o boală cutremurătoare: Cazul Sara

Pentru mulți psihoterapeuți, pensionarea este un moment bun pentru reaprecierea vieții. După ce i-am ajutat pe ceilalți ani întregi, vedem

pensionarea ca pe o perioadă când ne putem dărui nouă înşine familiei şi prietenilor. Şi, bineînţeles, pensionarea ne confruntă cu o sursă de griji cu privire la sine: îmbătrânirea, sănătatea, banii, pierderea celor dragi şi căutarea a noi sensuri în viaţă.

Sara, după cum o vom numi, s-a pensionat dintr-o carieră de succes în practica psihoterapiei, cu mulţi ani înainte să mă caute. S-a bucurat de o sănătate excelentă şi şi-a umplut zilele îngrijindu-se de nepoţii ei şi trăindu-şi multe din alte visuri bine ascunse.

Câteva luni înainte de a mă căuta, a început să simtă dureri în gât. Îngrijorată de acestea, a cerut sfatul medicului. Testele iniţiale nu au dezvăluit nimic în neregulă. Cu toate acestea, la puţin timp după acestea, primul diagnostic benign a fost urmat de un diagnostic cutremurător indicând cancer la gât.

Atunci când Sara vine pentru prima sa şedinţă, pare şocată. Ochii ei sunt mari, ca şi cum s-ar afla în lumina unor faruri. De fapt, viaţa a dus-o în bătaia farurilor. I se dăduse ceea ce ea considera a fi o sentiţă la moarte: diagnosticul de cancer. Ochii ei mari şi umezi mă mişcă. Sunt acut conştientă de reacţiile ei şi de ale mele pe când îmi spune povestea diagnosticului său. Un diagnostic cutremurător poate însufleţi şi chiar intensifica o relaţie terapeutică.

Experienţa Sarei readuce în mine sentimente asociate cu soţul meu. În ultimii cinci ani a fost diagnosticat cu cancer şi a supravieţuit. Nu sunt numai psihoterapeut, ci şi soţia unui supravieţuitor de cancer. Oare ştie Sara acest lucru? Nu ştiu dacă ea ştie, dar *eu* ştiu. L-am însoţit pe soţul meu şi pe mulţi alţi clienţi în călătoria lor prin cancer. Unii dintre ei au supravieţuit, alţii nu. Nu am însoţit nici un astfel de terapeut pe un asemenea drum până acum. Sosirea Sarei în cabinetul meu mă mişcă. Mă mişcă din zona mea de confort din care îmi imaginez continuarea vieţii la nesfârşit. Atenţia mea este atrasă de Sara, în timp ce vorbeşte.

— Sunt atât de înspăimântată. Fratele meu a murit de cancer. Acest diagnostic este un coşmar pentru mine.

Mă aşez mai bine în scaunul meu, ştiind şi simţind frica Sarei. Şi-a început munca terapeutică. Dorinţa ei de căutare este palpabilă. Boala Sarei o forţează spre amintiri dificile, împingând-o înspre momentul prezent cu frică. Emoţiile par a fi stimulate de o căutare intensă de sens. Ce ar putea însemna acest diagnostic? Sara a oferit o mulţime de servicii altora, şi acum, la mai puţin de un an după pensionare, primeşte o sentinţă la moarte?

Situația Sarei mă influențează. Soțul meu nu a murit, de fapt, este în momentul prezent într-o stare de sănătate excelentă. Eu nu am fost diagnosticată cu cancer. Oare voi fi? Poate. E adevărat că voi muri, dar nu știu când și cum. Aceste gânduri îmi traversează conștiința, pe când Sara îmi relevă mai multe despre ea. Ea spune:

— Nu vreau durerea acestei boli. Nu pot să cred că am boala asta, nu voi crede.

În mod natural, Sara rezistă diagnosticului. Furia sa este ușor de auzit, la fel cum vocea ei se ridică pe când vorbește. Îi atrag atenția asupra corpului ei fizic.

— Sara, ochii tăi sunt alerți, iar vocea este plină de putere când îți descrii diagnosticul.

Am început să trăim momentul, atrăgând atenția asupra a ceea ce este actual: limbajul corpului ei în acest moment. Sara lucrează la terapia ei aducându-și întreaga prezență în momentul prezent. Sunt conștientă că fac ceea ce am de făcut fiind prezentă, oglindind ceea ce ea aduce în moment și reamintindu-mi că Sara este o colegă, precum îmi este și client. Am încredere că poate să răspundă cu autoexplorare afirmației mele despre expresia ei fizică. Nu întreabă de ce nu explorăm diagnosticul ei, ci permite conștiinței ei să se extindă în tot corpul.

— Știu că trebuie să par foarte alertă, spune ea. Mă simt atât de înspăimântată în interior și furioasă. E în regulă dacă corpul meu spune ceea ce este adevărat pentru mine în interior. Atâtea sentimente apar. Nu pot să încep să le spun pe toate.

— Ai făcut deja un început.

Rămânem în tăcere. Da, o însoțesc pe Sara în călătoria ei. Tăcerea a autentificat cunoașterea noastră că suntem în această călătorie împreună. În acest moment sunt conștientă că îmi este foarte ușor să o ajung. Anii de experiență ai Sarei ca terapeut îi dau acces imediat la propria lume subiectivă. Faptul de a fi în prezența ei este provocator și mă simt onorată că m-a ales pe mine să o însoțesc prin această experiență de viață cutremurătoare.

Știu foarte bine că drumul Sarei ar putea fi drumul meu într-o zi. Bineînțeles că nu este drumul meu *acum*, dar există similarități: și eu sunt un terapeut în vârstă, privind spre anii de pensionare. Pare să îmi lipsească pierderea Sarei — pierderea unui soț în cancer —, dar moartea este tot timpul în conștiința mea la un anumit nivel și merge înainte, pe când continuu să mă întâlnesc cu Sara. Mă simt recunoscătoare pentru sosirea Sarei în cabinetul meu. Momentul este bogat în viață și plin de conștiința posibilității ca viața să îți fie luată.

Specific acestei terapii

De la bun început, vedem că Sara și situația ei cer terapeutului să răspundă cu o prezență dornică să călătorească în teritorii necunoscute. Acest lucru este adevărat pentru mulți clienți, bineînțeles, dar în mod special într-o situație cutremurătoare. Sara, în schimb, recunoaște și acceptă deschis responsabilitatea pentru autoexplorare în situația ei, în parte din formarea și experiența ei în psihoterapie.

Ce este specific acestei forme de psihoterapie? Ce ne arată acest portret despre psihoterapia existențial-umanistă? În ea vedem în acțiune cele zece porunci ale psihoterapeutului (Bugental, 1999) care formează fundația terapiei existențial-umaniste:

1. Fii prezent.
2. Insistă astfel încât clientul să fie prezent.
3. Ascultă și auzi... mai mult decât vorbești.
4. Nu lăsa cuvintele să complice muzica.
5. Atunci când vorbești, fă-o pe scurt și clar.
6. Monitorizează întotdeauna alianța.
7. Potrivește orice faci cu contextul momentului.
8. Nu întreba ceea ce nu poate fi spus.
9. Insistă astfel încât clientul să fie prezent.
10. Fii acolo tu însuți/însăți.

Nu este o greșeală de tipar faptul că ultimele două porunci sunt aceleași ca primele două. Acestea formează temelia pe care se fundamentează toate celelalte. Aceste zece porunci formează cadrul în care terapeutul trăiește împreună cu clientul în momentul respectiv. Este parte a unei poziții pe care o facem cu și pentru client. În greacă este numit un *pou sto*, „unde stau".

Pou sto-ul meu cu Sara — pe lângă cele zece porunci — este acela că eu cred că ea are abilitatea și resursele în ea însăși pentru a face față acestui diagnostic. Știu că uneori Sara îmi va pune la încercare credința cu rezistență și îndoieli cu privire la sine. Slujba mea — *pou sto*-ul meu — este statornică în a păstra această credință în potențialul ei interior, chiar și în fața posibilei ei morți. Nu numai că eu țin la această credință, o ajut pe Sara să-și acceseze propriul potențial încă și încă o dată și într-o varietate de situații. Astfel, depășim rezistența ei și accesăm potențialul ei latent de a gestiona această amenințare la viața ei.

Am atins potențialul Sarei în aceste minute scurte și am întâlnit o rezistență foarte mică. Am format o alianță bazată pe încredere. Devine astfel bază a muncii noastre împreună.

Terapeut ajutând un alt terapeut

Lucrul cu Sara este plin de paradoxuri. Cine ajută pe cine? Ne ajutăm unul pe altul să murim? Cu siguranță se simte astfel. Pentru că suntem apropiate de vârstă și privesc înspre pensionare, situația ei continuă să mă atingă în feluri care sunt mai mult misterioase decât înfricoșătoare. Se pare că mi se arată oportunitățile unei boli cutremurătoare, fără să am în mod curent una. O trăiesc și totuși nu o trăiesc.

În primele stadii ale muncii noastre, am continuu un sentiment sâcâitor cum că Sara nu are cu adevărat un cancer la gât, diagnosticul care i-a fost pus. Gestionarea unui asemenea sentiment este înșelătoare. Dacă explorez acest sentiment sâcâitor cu mintea mea, pare să fie un sentiment al dorinței sau negării. Din punctul de vedere al sentimentelor, totuși, sâcâiala are o cunoaștere mai mare — mai mare pentru că pare să mi se prezinte cu o mare siguranță. Continuu să simt că acesta nu este diagnosticul corect. Decid să îmi verbalizeze îngrijorarea.

— Sara, am un sentiment consecvent că ceva legat de diagnosticul tău nu este clar.

— Da, și eu simt la fel. Cu toate acestea, mă gândesc că acest mod de gândire se conformează dorințelor mele. Ceea ce este interesant este că și tu ai avut același sentiment legat de asta.

— Da, chiar este interesant.

— Soțul meu și cu mine mergem foarte curând să cerem o a doua opinie ca să ne asigurăm că diagnosticul este corect.

— Ați stabilit deja această întâlnire?

— Da, vom merge săptămâna viitoare.

După întâlnire, s-a dovedit că Sara chiar fusese într-adevăr diagnosticată greșit. Acum însă are un diagnostic al unei boli terminale diferite, dar unul care este de departe mai puțin înfricoșător, iar șansa de viață este mult mai crescută. Cu acest diagnostic nou, doctorii o sfătuiesc să aștepte să vadă cum se dezvoltă lucrurile. Acest nou diagnostic îi dă Sarei o ușurare și un adânc sens al misterului.

— Acum chiar că nu știu ce să mai cred. Poate, dacă este o lecție de învățat aici, ar fi că nu trebuie să mai gândesc. Sara își dă capul pe spate și râde molipsitor. Mă alătur ei. Ne oprim.

— Ce se întâmplă, Sara?

— Este amuzant și în același timp nu este amuzant. Simt că sunt situată exact în centrul neștiinței, nu numai în ceea ce mă privește, dar acum chiar și în ceea ce privește comunitatea medicală. Mă simt singură și înspăimântată.

— Ce este amuzant?

— Viața mea este, viața mea.

Dintr-odată, Sara are ochii mari, ca și cum o alarmă s-a declanșat înăuntrul ei. Șansa ei de viață este limitată — sau nu este? Stăm acum într-o altă liniște profundă. În acea liniște, mintea mea este plină de întrebări nerostite. Poate că mintea Sarei este la fel de plină în același fel, dar eu nu știu asta. Știu însă că procesele ambilor, terapeut și pacient, sunt adânc întrețesute uneori. Oricum, amândouă știam că diagnosticul a fost greșit. Amândouă știam că ceva nu era în regulă. Amândouă știm că avem de-a face cu necunoscutul.

Cazul lipsei furiei

Sara începe să-și manifeste cu putere propia viață în timpul ședințelor, dar vrând-nevrând alunecă în rolul de client bun. Pare foarte disponibilă procesului ei de căutare și de exprimare a lumii ei interioare. Totuși, își exprimă dreptul ei de a fi aici doar minimal. Pare a fi extrem de grijulie, o calitate adesea bine dezvoltată în terapeuți. Înțelege chiar și de ce doctorii au diagnosticat-o greșit. Această grijă ca terapeut devine rezistența propriului potențial neexplorat.

— Câteodată mă întreb ce voi face dacă această boală va pune stăpânire pe mine încetul cu încetul până voi ajunge să îmi pierd vocea.

— Așa...

— Ei bine, faptul de a nu putea să vorbesc va pune cu siguranță capăt ședințelor noastre.

— Așa...

Sara se oprește și mă privește adânc în ochi. Pare pierdută, neștiind ce să spună sau să facă. Acesta este exact momentul care deține un potențial adânc pentru Sara. Ea a menționat propria pierdere personală și pierderea potențială a terapiei ei și acum se confruntă cu piederea aparentă a amabilității mele. Poate ea să facă în așa fel încât acest moment să întâlnească în vreun fel vitaliatea furiei ei? Modelul ei de grijă față de alții se sparge acum, pe când ea inspiră adânc și lasă furia să se manifeste în deplinătatea ei.

— Ce vrei să spui prin „așa..."? Contează pentru tine în vreun fel că eu nu voi fi capabilă să vorbesc într-o zi?

— Pentru tine contează? Asta este întrebarea care contează.

— Bineînțeles că are importanță. Vocea mea, viața mea contează pentru mine. Nu știu însă cum mă vezi tu, dar viața mea contează mult

pentru mine. Vocea mea a constituit profesia mea în multe feluri ani de zile. Vocea mea constituie modul în care îmi exprim sinele interior. Dacă pierd asta, pierd mult. Mult, îți spun...

Se luptă acum, la suprafață luptându-se cu mine, totuși, începând să se lupte pentru viața ei. Viața ei este cea care are cu adevărat importanță pentru ea. Își susține propria dorință de a trăi, de a trăi cu o voce. Ea se oprește pentru a-mi asculta răspunsurile și continuă.

— Știi, nu voi juca jocul amabil cu tine. Fac asta tot timpul. Ceea ce e important acum însă sunt eu și viața mea, nu tu și felul în care ai putea să-mi răspunzi tu mie. Da, ceea ce facem aici este important, dar nici pe departe așa de important pe cât sunt eu. Trebuie să îți spun că sunt aici pentru mine. Viața mea este importantă pentru mine.

Ea este situată cu claritate în propriul spațiu în timp ce vorbește. În acest moment, Sara nu își permite ei însăși să fie subordonată în această relație terapeutică. Se pune pe ea pe primul plan, ceea ce este neobișnuit pentru ea, la fel cum este pentru mulți terapeuți. Da, a trăit relația terapeutică din ambele părți și cunoaște influența agreabilului. Își alege viața în momentul prezent, nu în viitor. Vocea ei este puternică și clară. Este vie și prezentă în acest moment, iar forța furiei o ajută să fie în deplinătatea ei.

Sara s-a regăsit în starea neîndoielnic de ambiguă, comună tuturor persoanelor în terapie. Ele trebuie să se lupte pentru viețile lor și adesea trebuie să se lupte chiar și cu terapeutul. Aceasta este forța pe care o doresc în cabinet. Dacă Sara trăiește acum, trebuie să mobilizeze toată puterea pe care o are, iar furia este parte a forței vitale — furie față de ce i-a fost prezis: o boală care ar putea să îi ia vocea, visurile ei îndepărtate, toate momentele necunoscute pe care trebuie acum să le stăpânească și să le trăiască și posibilitatea de a-și pierde viața. Și există întotdeauna mai mult decât atât.

Ascultând cu o a treia ureche

Dacă ascult muzica cuvintelor Sarei, nu doar cuvintele, aud cu o „a treia ureche", o ureche care aude prin tărâmurile subtile ale existenței. Nu mă mai concentrez la notele muzicii: aud melodia și simt emoțiile pe care aceasta o trezește în mine. Aici e o femeie care și-a devotat viața ajutându-i pe alții, iar acum trebuie să se ajute pe ea însăși să facă față posibilei morți. Modul în care gestionează lupta cu diagnosticul ne atinge pe amândouă.

Faptul de a face față morții este parte a condiției umane; toți o cunoaștem, în special atunci când ne prezentăm la consultațiile anuale sau la mamografii. Moartea nu este un subiect comun pe holurile academiei, totuși este o realitate care ne subliniază viețile atunci când ne concentrăm asupra cărților și participăm la seminarii pentru a obține pătrunderea psihologică necesară ajutorării celorlalți.

Reiau cazul Sarei într-o consultație cu dr. Bugental. El ascultă atent pe când i-o descriu, se uită la mine și mă întreabă:

— Te-ai gândit vreodată cum îți va fi dacă ar muri?

Mă opresc și inhalez adânc. Lacrimi încep să mi se prelingă pe obraji.

— Da, m-am gândit. Mi-ar lipsi. Este atât de reală. Mă atinge undeva adânc.

El nu spune nimic. Așteaptă în acel fel în care m-am obișnuit să o facă în cele două decade de lucru împreună. Mă adâncesc și mai mult în moment.

— Sunt conștientă și de faptul că îmi vei lipsi și tu când vei muri. Și tu ești atât de real și m-ai ajutat să fiu reală față de mine însămi și față de alții. Mulțumesc.

Pentru a fi real, ce putem să cerem unii altora ca terapeuți — sau ca ființe umane? Uneori trebuie să călătorim foarte departe pentru a descoperi ceea ce este atât de aproape.

MĂRTURISIRE Pentru a le proteja identitățile pacienților menționați în acest capitol, datele acestora au fost modificate, ca și toate afirmațiile atribuite lor, care au fost parafrazate.

Bibliografie:

Bugental, J.F.T., *The search for authenticity*, Holt, Rinehard și Winston, New York, 1965

Bugental, J.F.T., *The art of the psychotherapist*, Norton, New York, 1987

Bugental, J.F.T., *Psychotherapy isn't what you think*, Zieg, Tucker, Phoenix, 1999

Heery, M., „A humanistic perspective on bereavement" în K.J. Schneider, J.F.T. Bugental și J. Fraser Pierson (editori), *The handbook of humanistic psychotherapy*, Thousand Oaks, Sage, California, 2001

Heery, M. și Bugental, J.F.T., „Unearthing the moment" în *Self and Society*, 27, 1999, p. 25-27

May, R., *Love and learn*, Norton, New York, 1969

Yalom, I., *Existential psychotherapy*, Basic Books, New York, 1980

Capitolul 22

Conducerea terapiei maritale și de familie cu terapeuți

de Harry J. Aponte

Terapia maritală și de familie este esențial sistemică în abordarea problemelor oamenilor (Goldberg și Goldberg, 1996). Aceasta vede clienții în contextul familiei și cadrului social. Terapeutul este considerat parte a cadrului terapeutic, „un membru activ și reactiv al sistemului terapeutic" (Minuchin, 1974, p. 90-91). Atunci când clientul este un alt terapeut, dimensiunea proeminentă a terapiei este aceea că terapeutul și clientul împărtășesc o identitate comună și, adesea, o comunitate profesională comună. Acest fapt apropie distanța personală dintre ei, creând o situație delicată emoțional atât pentru terapeut, cât și pentru client.

Mai mult decât atât, în munca maritală și de familie, terpeutul-client aduce în contextul terapeutic partenerii de căsătorie și copiii și, în consecință, intră în relația terapeutică mai vulenrabili decât ar fi în mod obișnuit ca pacienți individuali. Un coleg (terapeutul) se uită în spatele ecranului rolului public al clientului direct către circumstanțele casnice. Dincolo de anxietatea comună a clienților că defectele lor psihologice îi vor expune ca disfuncționali în fața terapeuților lor, acești clienți-clinicieni se confruntă cu presupunerea că, în ochii terapeutului, problemele lor casnice se vor reflecta asupra competenței lor profesionale. Pentru clinicienii-clienți, îngrijorările pot lua forma nu numai a „Ce va crede terapeutul meu despre mine personal?", ci și pe cea a „Voi părea incapabil să îi ajut pe alții, atâta vreme propria viață de familie este atât de tulburată?".

În tratamentul ulterior mai complicat, de cealaltă parte a acestei relații terapeutice, terapeuții pot să simtă la rândul lor că reputațiile lor sunt pe linia de plutire atunci când tratează un coleg. În acest sens, și ei pot experimenta un mod unic de vulnerabilitate. Atât terapeutul, cât și clinicianul-client pot simți o anumită presiune de a părea bun în ochii celuilalt în întâlnirea lor de consiliere.

Persoana terapeutului

Pentru terapeuți, singurul factor și cel mai semnificativ care afectează tratamentul altor clinicieni este propria persoană a terapeutului. Terapia actuală maritală și de familie este activă, atrăgând terapeuții într-un angajament dinamic cu clienții lor. Terapeuții se folosesc pe ei înșiși, împreună cu toată experiența lor de viață în rolul lor de vindecători (Aponte și Winter, 2000; Satir, 2000). Identificările lor empatice cu umanitatea clienților lor îi ajută să înțeleagă și să se conecteze la luptele clienților lor. Atunci când lucrează cu alți clinicieni, terapeuții se supun provocării suplimentare de a împărtăși aceeași identitate profesională. Această dimensiune în plus provoacă terapeuții să fie bine fundamentați din punct de vedere personal și siguri din punct de vedere profesional, atât timp cât se aventurează în lumea colegilor lor profesioniști.

Identificarea

Terapeuții se întâlnesc cu ei înșiși la numeroase niveluri în viețile clienților lor atunci când lucrează cu dificultățile domestice ale vieților de familie ale acestora (Aponte, 1994b). În special, atunci când *intră* în relația terapeutică, în cadrul terapiei de familie (Aponte și VanDeusen, 1981), este necesar ca terapeuții să își permită lor înșiși să fie și să simtă precum clienții lor. În cazul terapeuților împărtășind aceeași identitate profesională cu clienții, sunt deschiși multor puncte posibile ale experiențelor profesionale comune și emoțiilor personale — atât de multe, astfel încât terapeuții de familie sunt preocupați de a nu fi conectați prea îndeaproape cu terapeuții-clienți în detrimentul celorlalți membri ai familiei. Pe de altă parte, terapeuții pot experimenta atât de acut nevoia de a părea competenți în fața colegilor lor încât riscă să intre în competiție cu ei, regăsindu-se într-un joc al rivalității. Terapeuții-clienți sunt înclinați să hrănească acest cadru competitiv, dacă funcționează la un nivel foarte ridicat, pentru că le este teamă să nu pară incompetenți în prezența nu numai a altui terapeut, dar și în fața propriilor familii. Pentru terapeuți, această identificare de aceeași marcă, la grad maxim a conexiunii umane, reprezintă o oportunitate de a vedea și a înțelege, dată fiind o experiență împărtășită, dar poate fi și o capcană periculoasă a supraidentificărilor și a supraimplicărilor la nivel emoțional.

Experimentarea rănilor noastre în mod indirect

Toți terapeuții intră sub incidența propriilor răni personale și de familie, prin durerile și eșecurile clienților lor (Aponte, 1998a). Pentru a se conecta la suferințele clienților lor, trebuie ca ei să își permită să-și amintească și să le simtă pe ale lor. Aceasta înseamnă că terapeuților li se cere să-și exerseze abilitățile în timp ce se află pe curenții emoționali ai propriilor vulnerabilități. Cu terapeuții-clienți este foarte probabil să întâlnească probleme ale clienților care să le atingă propriile triumfuri și eșecuri clinice, trecute și prezente. Există șanse ca în viețile de familie ale clienților lor să se lovească de acele probleme comune personale/profesionale ale carierelor competitive dintre soți, ale orarelor clinice care iau din timpul menit a fi petrecut împrună cu soții/soțiile și copiii. Pot chiar să întâlnească unii copii, mult asemănători celor ai lor, care se plâng de faptul că părinții lor le vorbesc mai mult ca terapeuți decât ca părinți. La nivelul pur uman, ei sunt puși față în față cu căsătoriile în prag de eșec ale terapeuților-clienți, cu manifestările clienților, cu tineri tulburați — toate atingând posibil problemele propriei familii, chiar dacă trebuie să aibă o competență personală solidă. Terapeuții sunt atrași în experiențele de aceeași marcă ale clienților lor la niveluri multiple și profunde. Sarcina lor ca terapeuți este de a fi deschiși și conectați la propriile dificultăți domestice și profesionale în feluri care sporesc empatia cu luptele pacienților lor și, paradoxal, propria competență terapeutică. Cu terapeuții-clienți va fi necesar ca ei să folosească această empatie, împreună cu propria vulnerabilitate umană, la un nivel foarte înalt profesional într-o relație terapeutică sensibilă și complexă.

Intensitatea relațiilor terapeutice

Terapeuții relaționează cu clienții lor la un nivel uman, în cadrul rolurilor lor profesionale. Ei se angajează cu clienții la un nivel omenesc. Făcând acest lucru, în mod inevitabil, li se vor revela părți ale lor, chiar dacă doar urme ale gândirii, emoțiilor, valorilor și istoriei lor (Aponte, 1994a p. 147-168). Le plac sau nu le plac, sunt de acord sau sunt împotriva lor, plâng împreună cu ei sau se luptă pentru control cu ei. În timp ce își expun ceva din umanitatea lor, terapeuții sunt conștienți că, de fapt, colegii lor clienți își măsoară performanțele în rolurile lor profesionale. Terapeuții se ridică împotriva sarcinii de echilibrare a angajamentului personal cu terapeuții-clienți, precauți la rolurile simultane profesionale.

Un factor multidinamic extrem de delicat apare atunci când terapeuții practică în aceași comunitate în care reputația contează.

La nivel profesional, clinicienii-clienți pot sau nu să împărtășească aceeași disciplină profesională sau să adere la aceeași școală de terapie. Terapeuții întâlnesc idei similare sau opuse față de cele ale clienților lor cu privire la ceea ce înseamnă patologic sau viață sănătoasă, ceea ce este folositor din punct de vedere terapeutic și ce nu. Este imposibil ca terapeuții-clienți să nu gândească din punct de vedere terapeutic în diferite momente ale tratamentului lor personal. Acești pacienți gândesc inevitabil și reacționează ca terapeuți colegi.

Clinicienii-colegi, destul de adesea, simt și nevoia de a fi recunoscuți pentru abilitățile lor de terapeuții lor, în special în prezența familiilor, chiar și atunci când își expun slăbiciunile umane. Terapeuții trebuie să relaționeze cu terapeuții-clienți, cu soții/soțiile și familia ca persoane în nevoie, dar întotdeuna fiind conștienți de stima de sine personală și profesională a clinicienilor-clienți. Prezența familiilor lor intensifică încărcătura emoțională a acestor interacțiuni. Această dimensiune aparte a relaționării cu ocupația reprezintă o altă oportunitate de a ajunge la pacient, dar și un potențial obstacol supărător spre o relație terapeutică de succes.

A fi centrat

Nu există provocare mai mare pentru terapeuții terapeuților decât de a fi împliniți în cadrul propriilor vieți profesionale și personale. Toți terapeuții sunt înfruntați cu nevoia atât de a se identifica cu, cât și de a se diferența de clienții lor (Bowen, 1972). Lucrul cu unii terapeuți-clienți și cu familiile lor adaugă niveluri de complexitate procesului de identificare și diferențiere în relația terapeutică și reclamă terapeuțior să fie extrem de bine echilibrați. Ce înseamnă, atunci, să fii centrat în terapie?

În primul rând, ideea ca terapeuții să fie bine înrădăcinați în rolurile de ajutorare desemnate este menită să le articuleze un sens interior al valorilor spirituale, filosofice și profesionale (Aponte, 1994a, 1995, 1998b). Aceste valori indentifică, definesc și stabilesc standardele perspectivelor terapeuților asupra realității obiective, asupra experienței umane, funcțiile structurilor sociale cum ar fi familia și idealurile potrivite moral comportamentului uman. Filosofia postmodernistă constructivistă pune sub semnul întrebării perspectivele contremporane asupra realității (Held, 1995). Feminismul radical se îndoiește de valoarea căsătoriei și

familiei (Goldner, 1985). Perspectivele actuale asupra circularității în terapie subminează potențial semnificația responsabilității morale a individului (Aponte, 1994a). Toți terapeuții conduc terapia de pe o bază filosofică, oricât de conștientă sau larg elaborată. Claritatea valorilor facilitează rămânerea lor bine ancorați la ei înșiși, pe când navighează prin luptele morale ale clienților lor legate de alegerile lor de viață și relațiile familiale. Cunoscându-și fundamentul valorilor, terapeuții pot să vorbească din convingerile lor filosofice și în același timp să se diferențieze de valorile clienților lor, indiferent cum, altfel identificate cu acestea.

O a doua bază esențială de a fi ancorat este legătura terapeutului cu propria profesie și cu propriile lupte de viață personale. La nivel profesional, terapeuții se confruntă întotdeauna cu noi tehnici și teorii care proclamă îmbunătățirea a ceea ce practică deja. Terapeuții pun sub semnul întrebării propriile abordări de tratament atunci când sunt expuși ideilor novatoare. Mai mult decât atât, toți terapeuții au parte de rezultate ambigue sau de eșecuri indiscutabile în terapia pe care o conduc. Aceste vicisitudini în muncă îi ajută să își contureze propriile percepții de sine și stima de sine în rolul de terapeut. Acest aspect capătă o relevanță specială atunci când terapeuții încearcă să mențină un sens al competenței în lumina provocării pe care terapia cu terapeuții și famililiile lor o reprezintă.

Terapeuții se află pe propriul drum în viața lor individuală. Propria creștere pozitivă și propriile complicații nevrotice, triumfurile și eșecurile familiilor lor, toate acestea influențează modul în care ei percep viețile clienților lor și se folosesc pe ei înșiși strategic în relație cu clienții lor. Filosofiile lor de viață despre propriile provocări familiale vor afecta modul în care se conectează la eforturile clienților lor de a gestiona problemele lor personale și de familie. Onestitatea terapeuților față de ei înșiși, cu privire la propriile probleme și claritatea abordării acestor teme de viață, precum și cât și de energic se luptă cu dificultățile lor îi mențin ancorați în cadrul propriilor granițe individuale atunci când se angajează în luptele clienților lor.

În cadrul fiecărei întâlniri clinice, terapeuții sunt înfruntați și cu provocări personale directe în relațiile cu clienții. Din cauza identificărilor apropiate cu alți profesioniști, interacțiunile cu propriile familii sunt mult mai încărcate. Terapeuților li se cere să se stăpânească pe ei înșiși într-un mod activ și terapeutic în interacțiunile cu clienții. Pentru a se stăpâni astfel, trebuie să se observe pe ei înșiși din interior și să fie în legătură cu asociațiile activate de ceea ce văd și aud în ședință.

Terapeuții de familie știu că, în lucrul cu cuplurile și familiile, nu au tot atât de mult control asupra cadrului terapeutic la fel ca în terapia individuală. În terapia individuală, ei se conectează la clienții lor pe un canal cu sens unic sau cu două sensuri de interacțiune. În situațiile maritale și de familie, multe subcanale sunt folosite în același timp între membrii familiei și terapeut. Terapeuții care sunt bine ancorați la propriile canale nu se vor rătăci pe canalele pe care navighează cu clienții lor. Terapeuții conștienți de și în mod clar conectați la propriile explorări sunt mai capabili să accepte libertatea clienților de a-și alege propriile răspunsuri.

Există mult mister în sufletul omului și, cu siguranță, în relația umană. Într-o căsătorie sau o familie în care există intenția unei legături de o viață, destinele oamenilor sunt conectate la rădăcina relației interumane (Aponte și DiCesare, 2000). Terapeuții pot vedea sufletul individual și intimitatea căsătoriei și a familiei din afară, dar aproape niciodată din interior. Rolurile terapeuților îi împuternicesc să sporească diferențierea și liberatatea clienților de a-și determina propriile destine. Pentru a face acest lucru, terapeuții trebuie să fie conectați în oarecare măsură la misterul din propriile vieți. Căutarea sensului în durerea și luptele propriilor explorări le permite să se identifice empatic cu colegii de breaslă și să vorbească din propriile convingeri, în timp ce interacționează cu clienții din perspectiva libertății diferențierii.

Acest terapeut

Alți terapeuți sunt capabili să considere un psihoterapeut experimentat cum sunt eu, cu zeci de ani de supervizare, formare și prezentări de seminarii, îndeajuns de sigur pentru a apela la el. Și doar o practică așa cum este a mea oferă acelor terapeuți și prospectul unui cadru mai privat și confidențial. Ei riscă mult atunci când își duc familiile în terapie și caută asigurare atât din punct de vedere al competenței terapeutice, cât și al siguranței emoționale.

Toți am întâlnit părțile noastre de vicisitudini în lucrul cu terapeuții-clienți. Oricum, vârsta și experiența sporesc încrederea în tratarea colegilor. În timpul tinereții crude, simțim mai acut stresul și strădaniile de a trata alți terapeuți și familiile acestora. A lucra cu familiile lor, în special, se resimte îndeaproape și generează vulnerabilități emoționale. Atunci când participă și familiile terapeuților, nu este ușor să nu iei în considerare sensibilitățile profesionale ale clientului. Membrii familiei

care nu sunt direct implicați în clinica privată a terapeutului-client sunt inițial mai dispuși decât membrii profesioniști ai familiei să se angajeze autentic în problemele casnice dificile. Lucrul terapeutic prestat cu alți clinicieni și familiile acestora, în special cei pe care i-am cunoscut într-un alt context, se poate transforma în cele mai solicitante provocări terapeutice cărora trebuie să le facem față în postura de terapeuți ai altor terapeuți.

Filosofia mea este că nu există lucru mai valoros în această sarcină provocatoare decât evoluția propriei spiritualități a terapeutului. Nouwen (1975) vorbește despre abilitatea „de a percepe și înțelege această lume dintr-un centru interior tăcut" (p. 38). Frankl abordează spiritualitatea din perspectiva *sensului* (1963). A găsi sens în viața unei alte persoane îi permite accesul unui terapeut la „libertatea interioară și valoarea personală" așa cum o spune Frankl (p. 79), de a rămâne ancorat la sinele cuiva și în același timp de a fi capabil „să conțină complet o altă ființă umană în cea mai adâncă parte a personalității sale" prin actul iubirii (p. 176). A fi îngrijorat pentru un client tulburat înseamnă a fi pregătit de a suferi împreună cu acel client, prin aceea de a-ți păsa în mod autentic de durerea clientului și, în același timp, empatizând prin legătura interioară cu propriul drum de lacrimi, *vindecătorul rănit* (Nouwen, 1972, p. 87-89). Pentru ca această suferință să servească scopului de a-ți păsa, ajungem la *cel mai adânc sens* al acesteia (Frankl, p. 178), în ideea în care spiritualitatea noastră îl împrumută. Această „dragoste ieșind fără de sine" (Nouwen, 1992, p. 126) formează baza noțiunii lui Nouwen (1975) de ospitalitate, gazda căreia îi pasă, dar, în același timp, oferă libertate, „nu o invitație subtilă de a adopta stilul de viață al gazdei, ci darul șansei pentru musafir să și-l găsească pe cel propriu" (p. 73-74).

Provocarea muncii intime (Aponte, 1998a) de terapie cu aceia care cel mai adesea împărtășesc aceeași fațetă a vieții cu noi își are baza în paradoxul identificării apropiate cu ei, în același timp rămânând bine ancorați în identitatea și sensul propriilor vieți.

Câteva exemple

José este un asistent social și un terapeut de familie care îmi împărtășește etnia portoricană, la fel ca și viața în aceeași vecinătate a South Bronx. El vine să mă vadă în cazul unei căsătorii în care au apărut probleme. Soția sa este și ea terapeut. José suferă de mic de a fi trebuit să muncească pe brânci de unul singur, copil fiind, contând prea mult

pe sine însuşi şi neştiind cum să accepte sprijinul celorlalţi. Fiul unor părinţi emigranţi, a căror limbă nativă nu a fost engleza, el a trebuit să se reprezinte pe sine însuşi în probleme de adaptare cu comunitatea, de exemplu la şcoală. A fi trăit într-o vecinătate ca South Bronx a implicat şi faptul de a fi hoinărit prin împrejurimi şi de a-şi fi ales cu foarte multă grijă cu cine să iasă, nu numai din punctul de vedere al prieteniilor, ci, până la urmă, al siguranţei personale. Dacă avea gusturi personale care nu erau în acord cu cele ale mulţimii, cum ar fi fost un interes serios către artă, ar fi putut fi pus în situaţia de a face escapade de unul singur la Metropolitan Museum of Art. El a învăţat să se gestioneze pe cont propriu, astfel încât problemele de acasă s-ar putea traduce prin aceea ca el să ţină totul pentru el însuşi. În ultimii ani, acest cadru poate să nu îi mai fi fost prea mult de ajutor în intimitate, în căsnicia sa.

Pot să empatizez foarte repede cu criticismul soţiei lui José, pentru că înţeleg prea bine semnele lăsate de dalta timpului pe personalitatea unei persoane care a trebuit să conteze doar pe sine pentru a depăşi o viaţă timpurie dificilă, pe lângă statutul de minoritar. Împărtăşirea aceluiaşi cadru cu cel al lui José îmi permite să cunosc prea bine terenul de luptă şi să mă adresez lui într-un anume fel pe care el îl cunoaşte până în măruntaiele lui şi, în acelaşi timp, îmi oferă garanţia că este înţeles. Nu este loc de ascunzişuri aici. Cu toate acestea, în timp ce eu am fost aici, sunt şi în altă parte acum, şi pot să îi provoc raţionalizările şi evitările.

Încrederea construită pe o identitate împărtăşită permite confruntări puternice, dar prezenţa soţiei sale într-o asemenea expunere de către un terapeut coleg şi *paisano* îl poate dezgoli la un nivel de vulnerabilitate pe care ar putea să nu-l aibă cu un alt terapeut. Acesta este un latin, şi există o mândrie a bărbăţiei acolo. Se va simţi el umilit? Sârma pe care acest terapeut trebuie să-şi păstreze echilibrul este foarte subţire şi foarte departe de pământ. Pot să-l expun în prezenţa soţiei sale şi la o distanţă foarte mare de la pământ, doar dacă îmi expun şi eu luptele similare, astfel încât să ne identificăm public nu numai în moştenirea comună de care suntem mândri, dar şi în punctele noastre slabe. Atât luptele noastre, cât şi trecuturile noastre sunt expuse în prezenţa soţiei sale. Soţie, terapeut-client şi terapeut trebuie să lucreze toţi în cadrul tensiunii punctelor slabe şi punctelor tari, al handicapurilor noastre şi responsabilităţilor. Mă încurc în atâtea paradoxuri, în timp ce îmi amintesc că va fi nevoie ca ei să decidă ce să facă cu tot ceea ce înţeleg şi experimentează în acest proces terapeutic. Experienţa mea îmi este proprie şi deciziile pe care le-am luat în legătură cu aceste insight-uri identice îmi sunt tot proprii. Căsătoria sa este distinctă şi proprie. Indiferent de cât de multe

au în comun terapeutul și clientul, ei sunt diferiți, iar destinele lor vor fi jucate pe căile lor distincte. Învață să te identifici, dar și să renunți.

David este un alt terapeut de familie care a venit la mine cu ceva tulburări maritale, dar cu o îngrijorare principală privind fiica adolescentă, care era impulsivă emoțional și înclinată să se implice în relații nesăbuite cu alți tineri. David și cu mine nu împărtășeam nimic în termeni de cadre etnice, familii-de-origine sau comunități natale. Oricum, ne cunoscuserăm profesional printr-un număr de coincidențe profesionale. David era experimentat, competent și competitiv. Soția lui nu era terapeut. Atât soția, cât și fiica simțiseră intruziunea perspectivelor profesionale ale lui David în viețile lor personale. Acum, David se afla în fața unui terapeut pe care îl alesese, dat fiind că avea încredere în competența sa, dar și pentru că îl vedea ca pe cineva care putea să îl provoace deschis în prezența familiei sale. Soția și fiica nu știau dacă terapeutul va fi în stare să le vadă perspectivele diferite de cele ale lui David, despre care știau că avea ceva legături profesionale vagi cu terapeutul.

Știu că se aștepta mult de la mine din partea diferiților membri ai familiei. Știu, de asemenea, că aveam nevoie să îmi monitorizez propria competitivitate, care avea rădăcini adânci în vechiul obicei de a mă lupta să supraviețuiesc mai mult decât în nevoia de a străluci profesional. Mai mult decât atât, tema subtilă era de a avea de-a face cu diferențele etnice și socio-economice dintre o familie de albi din clasa de mijloc și acest portorican dintr-un cartier din New York, unde își are sălașul o comunitate vorbitoare de limbă spaniolă. În plus, aceasta era o familie seculară spiritual, care avea standarde morale mai liberale decât ale mele. Aceste diferențe au ieșit la suprafață atunci când s-a ajuns la cerințe referitoare la felul de libertate care să îi fie acordată fiicei cu privire la sex și la băieți, dar și la responsabilitatea și contabilitatea cheltuielilor fetei. Părinții erau mai puțin înclinați să impună așteptări de tip alb/negru decât eram eu. Cu toate acestea, înclinațiile mele clinice, influențate de propriul fond cultural și religios, erau că această tânără femeie avea nevoie de mai puține negocieri ale regulilor și ale condițiilor și de mai multă structură cu consecințe mai clare. Însăși fata mi se plângea că eram prea conservator în ceea ce privea perspectivele mele morale, pe care era destul de deșteaptă să le perceapă, chiar și atunci când nu le-am exprimat în mod explicit.

Dilema mea era cum să fiu eu însumi cu ei acolo unde credeam că îi puteam ajuta și când să îi las să se descurce singuri cu propriile instrumente. Aveam nevoie ca mai întâi să îmi permit mie însumi să îmi accesez propria viață și să extrag din aceasta temele comune ale faptului de a

fi căsătorit și de a avea o fiică ce nu trecuse cu mult timp în urmă de perioada adolescenței. Ei toți aveau nevoie de a simți acea umanitate comună cu mine pentru că aș putea, de asemenea, să le provoc standardele și practicile de creștere a copilului. Înainte de a propune valorile mele de educare a copiilor, oricum, aveam nevoie să îi ascult așa cum erau, și nu prin filtrul gros al propriei experiențe de viață. A trebuit să ascult, să întreb și să comunic o înțelegere reală. Apoi puteam să urmăresc ceea ce auzeam prin filtrele mele personale (fondul etnic și religios) și profesional (pentru că orientarea structuralistă în terapia de familie îmi dădea tendința de a aplica reguli și structură). Apoi aveam nevoie să fiu sigur că tentativele de concluzii pe care le abordam despre ceea ce familia avea nevoie erau toate fundamentate pe scopurile clinice, și nu pe preferințele mele. Atunci când, în sfârșit, trebuia să-mi comunic observațiile și sugestiile, am condus terapia printr-o evaluare clinică menită să nu fie înțeleasă doar de tatăl terapeut, ci și de soție și de fiică. Aceste comentarii au fost apoi urmate de o negare — că aceste opinii erau influențate de propriile tendințe personale și profesionale. Ei erau cei care cântăreau și decideau dacă perspectivele mele li se potriveau sau nu. Ei ar fi trebuit să decidă ce să facă, pentru că ei vor fi cei care vor trebui să trăiască urmările deciziilor lor. Tatăl a spus că este ușurat că nu mă ascundeam față de el. El își dorea un terapeut care să fie direct cu el. Propria tărie a personalității și reputația profesională l-au descurajat în a avea o părere personală. Un cadru care a încurajat exprimarea liberă a perspectivelor și a valorilor i-a oferit suport soției/mamei de a-și afirma propriile perspective atât în privința soțului, cât și a fiicei. Fiica a verbalizat în mod repetat critica privitoare la mama ei, conform căreia aceasta era prea obișnuită cu gândirea tatălui ei. Fiica s-a plâns și că încercam să o restricționez, dar la un moment dat a aruncat în discuție o poveste despre o prietenă a ei care intra în bucluc în relațiile cu băieții din cauză că terapeutul ei era prea blând cu ea.

Concluzie

Provocările la persoana terapeutului, pe care le prezintă terapia, sunt compuse din nivelul adăugat de identitate profesională împărtășită și de comunitate, atunci când terapeuții lucrează cu terapeuții-clienți și cu familiile acestora. Cerința de a fi capabil să te identifici atât la nivel personal, cât și profesional este esențială. La fel se pune problema și în cazul diferențierii, astfel încât clienții să se poată conecta la noi chiar și

atunci când fac propriile alegeri în ceea ce privește viețile lor, în contextul relației apropiate și al muncii pe care o fac cu terapeuții colegi. Terapeuții înfruntă cerința repetată la nesfârșit de a se cunoaște pe ei înșiși. Ei trebuie, de asemenea, să aibă în stăpânire propriile lupte personale de viață, dintr-un loc bine centrat, care să le permită să empatizeze în timp ce își și provoacă terapeuții-clienți în contextele familiilor lor. Toate acestea implică să-și permită o vulnerabilitate personală și profesională din perspectiva de terapeuți, completată cu o securitate a propriilor călătorii și a identităților profesionale care conduc la o deschidere în niște limite foarte bine definite.

MĂRTURISIRE Theresa Romeo-Aponte a ajutat la pregătirea acestui capitol.

Bibliografie:

Aponte, H.J., *Bread and spirit: Therapy with the new poor*, Norton, New York, 1994a

Aponte, H.J., „How persona can training get?" în *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 1994b, p. 3-15

Aponte, H.J., „Political bias, moral values, and spirituality in the training of psychotherapists în *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 1995 toamna, p. 488-502

Aponte, H.J., „Intimacy in the therapist-client relationship" în W.J. Matthews și J.H. Edgettes (editori), *Current thinking and research in brief therapy: Solutions, strategies, narratives*, vol. 4, Taylor and Francis, Philadelphia, 1998a, p. 1-27

Aponte, H.J., „Love, the spiritual wellspring of forgiveness: An example of spirituality in therapy" în *Journal of Family Therapy*, 20, 1998b, p. 37-58

Aponte, H.J., „The stresses of poverty and the comfort of spirituality" în F. Walsh (editor), *Spiritual resources in family therapy*, Guilford, New York, 1999, p. 76-89

Aponte, H.J. și DiCesare, E.J., „Structural theory" în F.M. Dattilio și L. Bevilacqua (editori), *Comparative treatment of couples problems*, Springer, New York, 2000, p. 45-57

Aponte, H.J. și VanDeusen, J.M., „Structural family therapy" în A.S. Gurman și D.P. Kniskern (editori), *The use of self in therapy*, ediția a doua, Haworth, New York, 2000, p. 127-165

Bowen, M., „Toward a differentiaiton of a self in one's family" în James L. Framo (editor), *Family interaction*, Springer, New York, 1972, p. 111-173

Frankl, V.E., *Man's search for meaning*, Wahington Square Press, New York, 1963

Goldenberg, I. și Goldenberg, H. *Family therapy: An overview*, ediția a patra, Brooks/Cole, Pacific Grove CA, 1996

Goldner, V., „Warning: Family therapy may be hazardous to your health" în *Family Therapy Networker*, 9, 1985, Noiembrie/Decembrie, p. 18-23

Held, B.S., *Back to reality*, Norton, New York, 1995

Minuchin, S., *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1974

Nouwen, H.J.M., *The wounded healer*, Doubleday, New York, 1972

Nouwen, H.J.M., *Reaching out*, Doubleday, New York, 1975

Nouwen, H.J.M., *The return of the prodigal son*, Doubleday, New York, 1992

Satir, V., „The therapist story" în M. Baldwin (editor), *The use of self in therapy*, ediţia a doua, Haworth, New York, 2000, p. 17-28

Capitolul 23

Terapie de grup pentru terapeuții din cadrul formării în terapia Gestalt

O perspectivă a terapeutului formator

de Philip Lichtenberg

Terapia pe care o descriu aici este terapia de grup cu psihoterapeuți formați și practicieni. Unii sunt la începutul carierelor lor, dar majoritatea dintre ei au fost activi pentru ceva timp, iar acum plănuiesc să dobândească o nouă abilitate sau o nouă orientare. Ei sunt interesați în a învăța despre terapia Gestalt cu intenția de a deveni terapeuți Gestalt sau de a-și îmbunătăți munca prin învățarea a cum să conducă o terapie Gestalt. De vreme ce am fost reformat ca terapeut Gestalt cu aproape 20 de ani în urmă, după de am studiat, practicat și predat terapie psihanalitică timp de alți 20 de ani, am simțit o afinitate pentru bucuriile și provocările unui proces de distrugere și reconstrucție. În mod similar, pentru că am activat atât ca psiholog clinician, cât și ca psiholog social, am lucrat timp de 10 ani în cercetarea interdisciplinară și am predat timp de 35 de ani în asistența socială și departamentele de psihologie, pot să relaționez foarte ușor atât cu psihologi, cât și cu asistenții sociali care au constituit majoritatea candidaților în formare din cadrul Gestalt Therapy Institute of Philadelphia (Institutul de Terapie Gestalt din Philadelphia), unde este inițiat acest grup de terapie. În acest grup de terapie din cadrul programului nostru de formare, pe care îl voi prezenta mai pe larg, estimez că 70% din munca mea actuală este devotată terapiei cu persoane care sunt la rândul lor psihoterapeuți. Nu s-a întâmplat întotdeauna așa, în mod evident, și pot să atribui această situație curentă vârstei și experienței, la fel de mult ca oricărui alt factor.

Compoziția grupurilor este în mare parte asemănătoare celor din profesiile psihologiei și asistenței sociale: majoritate femei, majoritate albi, cu vârste de între treizeci și șaizeci de ani și orientări variind de la comportamentală la sistemică de familie și psihanaliză.

Fiind unul dintre cei patru formatori* care au de-a face cu aceste grupuri, pot spune doar de ce cred *eu* că suntem selectați ca terapeuți. Colegii mei pot avea o altă idee despre acest aspect. Un factor îl reprezintă reputația noastră în programele de formare. Ca o universitate bună, beneficiem de faptul de a fi avut candidați la formare extraordinari, care au răspândit experiențele lor din acest program. Mulți dintre candidații la formare au avut experiența unuia sau mai multora dintre noi: în sălile de clasă, în practica noastră privată, în programele profesionale pe care le sponsorizăm, la seminariile introductive din facultăți la sfârșit de săptămână, în care demonstrăm cum ne conducem grupurile și în alte seminarii de continuare a educației. Foarte puține persoane intră în programul nostru fără să fi avut un contact preliminar cu noi. Astfel, indivizii care participă în acest grup de terapie au avut anterior contact intensiv cu noi. Ei se vor fi orientat spre modul în care lucrăm, modul în care îi întrebăm ce vor, modul în care examinăm în comun dacă putem lucra împreună și așa mai departe.

Emoții suprapuse

În timp ce mulți dintre participanții noștri sunt serios angajați și calificați pentru munca terapeutică, există, la fel ca în cazul tuturor clienților, o parte care sunt, în general, destul de ambivalenți cu privire la intrarea în proces. Ei sunt probabil mai deschiși și își verbalizează ambivalența, de vreme ce parte din orientarea noastră constă în a încuraja diferențele și criticismul la adresa noastră. Vom întreba astfel: „Ce nu-ți place din ceea ce ai văzut sau auzit despre noi?" Ambivalența persistă pe parcursul întregii formări de trei ani. Membrii vin la institut vineri seara și sunt obosiți. Ei renunță la un sfârșit de săptămână complet o dată pe lună, în vreme ce ar putea să fie în alte circumstanțe, împreună cu familia sau prietenii. Membrii familiei le pot resimți absența, exaltarea sau ceea ce află că se întâmplă în terapie.

Probabil că cel mai semnificativ pentru ambivalența curentă este munca profundă și în forță care are loc în terapie. Pentru ca orice terapie să fie eficientă, cred că trebuie să stârnească emoții puternice — anxietate, furie, dragoste, gelozie, neîncredere, scârbă și dezgust —, iar anticiparea unor perioade intense, cu ședințe imprevizibile, naște ambivalență.

---

* Colegii mei sunt Mary Lou Schack, Dr. Joyce E. Lewis și David Henrich.

Majoritatea sfârșiturilor de săptămână încep prin aceea că unul sau mai mulți membri își verbalizează îngrijorările din timpul perioadei de verificare. Acceptarea simplă, tăcută, a sentimentelor negative, așteptarea că unii dintre membri nu vor dori să fie complet prezenți, afectează psihoterapia în două feluri importante. În primul rând, susținem funcția „nu" a individului, care promovează dezvoltarea funcției Eu-lui. În terapia Gestalt, funcția Eu-lui sănătos este concepută ca îndepărtând semnificativ și eliminând ceea ce nu este dorit și identificând și apropiindu-se de ceea ce este dezirabil în momentul prezent. În al doilea rând, noi întărim confortul persoanei și abilitatea de a tolera sentimente puternice, sentimente negative, precum și sentimente pozitive. Experimentarea și exprimarea emoțiilor puternice personale și rămânerea în contact cu o altă persoană atunci când aceasta experimentează intens emoții sunt ambele văzute ca activități pozitive de creștere. Terapia de grup înlesnește fiecare dintre aceste procese, având în vedere că tot ceea ce experimentează o persoană din grup este de obicei împărtășit de ceilalți, iar suportul nu este niciodată departe.

Majoritatea serilor de duminică dedicate formării îi regăsesc pe participanți obosiți și plini de un nou sens al posibilităților. Atunci când ședințele se încheie formal, membrii nu pleacă tăcuți, ci, în schimb, se strâng în grupuri mici și definitivează ședințele la nivel mai intim.

Caracteristicile grupului

Mărimea grupurilor de terapie variază de la 7 la 16 persoane, mărimi optime pentru funcționarea grupurilor mici. Am descoperit că în grupurile mai mici de șase sau șapte persoane, participanții se simt constrânși să se manifeste în cadrul fiecărei întâlniri, ceea ce minimizează alegerea și prezintă probleme inerente. În cazul grupurilor mai mari decât atât, unii indivizi ar rămâne mai invizibili decât este provocator și folositor pentru ei. Mărimea grupurilor mici optime promovează diversitatea la fel ca și intimitatea, oportunitatea de a gestiona diferite feluri de diferențe, precum și o apropiere intensă și un suport reciproc actual. De vreme ce ambele, autonomia și omonomia, separația și împreunarea sunt componente vitale ale relațiilor vii în perspectiva teoriei terapiei Gestalt (Angyal, 1965; Lichtenberg, 1991), mărimea grupului este un element important al formării și al terapiei. Abilitatea de a se inventa, crea și defini pe sine în relațiile sociale *și* abilitatea de a se pierde pe sine ca parte a unei entități mai mari depinde de mărimea unui astfel de grup.

Programul de formare

Programul de formare durează trei ani. Grupul se întâlnește pe timpul unui sfârșit pe săptămână, o dată pe lună, nouă luni pe an. Două treimi din ședințe includ nopțile de vineri și toate implică șase ore de ședințe sâmbăta și duminica. Lucrul este împărțit în trei segmente principale: prezentarea teoriei, desfășurată vinerea noaptea și sâmbăta dimineața; practica, în cadrul căreia candidații la formare funcționează ca terapeuți, clienți și observatori sau prezintă cazuri din practica lor, sâmbăta după-amiaza; grupul experiențial — terapia de grup a acestui capitol —, toată ziua de duminică. Din cauză că terapia Gestalt este derivată în parte din educația progresivă a lui John Dewey, experiențialul și învățarea cognitivă sunt întrețesute cu terapia. În discursul lui despre educația pentru democrație, Dewey (1916) a pus o mare emfază pe construirea înțelegerii pe baza experienței. În mod similar, el a conectat creșterea cu dezvoltările pe tărâmul experienței directe. Astfel, în perioadele de concentrare pe teorie, exercițiile și experimentele sunt adesea conduse astfel încât să ilustreze teoria prin studiu. Și în ședințele experiențiale de duminică, conducătorul va răspunde adesea la întrebări și interese privind teoria care a ghidat intervenția pe care acesta a făcut-o asupra unui individ, asupra mai multor membri sau a grupului ca întreg. Aceste discuții despre bazele teoretice adaugă uneori și o componentă cognitivă experienței indivizilor care au lucrat sau grupului, ca întreg.

Interconexiunea teoriei și experienței înseamnă că terapia de grup în cadrul unui program educațional este întrucâtva diferită de terapia de grup într-un mod Gestalt, mai general. Noi nu le spunem, de obicei, clienților despre teoria pe care o folosim, deși am putea face asta și poate ar trebui chiar să ne gândim să facem acest lucru mai adesea, ca o metodă de a păstra egalitatea dintre client și terapeut, principiu ce ne ghidează eforturile. Dacă cineva face acest lucru, trebuie avut în vedere să nu depersonalizeze acțiunile persoanei terapeutului. În terapia individuală din afara programului de formare, eu folosesc adesea explicit teoria.

Un alt aspect al acestei conexiuni dintre experiență și teorie este perspectiva noastră că experiența de schimbare în prezent este mai vitală evoluției decât înțelegerii originii și naturii problemelor unei persoane. Dacă de *această dată* terapeutul/candidatul în formare exprimentează diferit pornind de la un model care a fost creat anterior de acea persoană într-o situație de urgență — dacă el sau ea vizualizează noi variante față de blocajele anterioare —, acea persoană poate asimila experiența,

se poate simți mai mult ca un agent al vieții sale și poate crește într-o nouă credință despre sine și lume.

A afirma că experiența este mai productivă evoluției decât este înțelegerea nu înseamnă a fi antiintelectual sau antiteoretic. Unii, în perioada de început a terapiei Gestalt, atât implicați cât și ca observatori, erau într-adevăr antiintelectuali, dar fondatorii și practicienii cei mai buni ai terapiei Gestalt erau și sunt sofisticați în ceea ce privește teoriile psihoterapiei. Psihanaliști și intelectuali din New York, care erau educatori, filosofi, gânditori sociali și poeți — Frederick Perls, Laura Perls, Elliot Shapiro, Paul Weitz, Paul Goodman și Isadore From — au creat terapia Gestalt și au fundamentat-o foarte mult pe teoria acelor timpuri.

Pentru că teoria și munca experiențială sunt tot timpul conectate, când participanții vin la o ședință experiențială de duminică, ei sunt adesea aproape gata să-și dezvolte conștiința și să experimenteze noi moduri de a fi în ședințe. Exercițiile în prezentarea teoriei și faptul de a fi client în ședințe scurte cu colegi în formare angajează indivizii personal și acționează ca un contact anterior fundamental pentru ședințele de duminică. Experiența terapiei de grup se construiește pe un fond de bază.

Pentru că terapia Gestalt se centrează pe modul cum experimentează oamenii, reglementându-se pe ei înșiși în viața socială și influențându-și contactul cu ceilalți mai degrabă decât pe rezolvarea unei probleme personale date, ședințele de grup sunt mai puțin legate de explorarea a ceva decis de dinainte ca terapia să decurgă. Accentul principal din zilele anterioare este pus doar pe pregătirea în a se angaja în învățarea despre propria conștiință, care reprezintă modurile unei persoane de a experimenta și a construi experiențe. Noi le spunem terapeuților/candidaților în formare că nu este nevoie ca ei să vină cu o preocupare sau cu o problemă pentru a o lucra cu un conducător sau cu grupul, deși ei pot aduce o astfel de chestiune în discuție. Urmând propria experiență sau un proces de grup, va conduce invariabil la momente când oamenii își limitează experiența (o pierdere temporară a funcției Eului) și astfel la o oportunitate de a proceda altfel, beneficiind în același timp de un suport și o provocare suplimentare. Probabil mai mult decât într-un grup de terapie tipic, candidații sunt pregătiți pentru schimbări de personalitate, mai degrabă decât pentru soluții ale problemelor din viețile lor. Terapia este destinată să le ofere o utilizare mai completă a propriilor resurse. Cu pierderi mai puține sau mai puțin intruzive ale funcționării sănătoase ale Eu-lui, tendințele spre o adaptare de la sine ale indivizilor sunt cele mai sigure în rezolvarea problemelor cu care se confruntă.

Terapeuți în terapie

Această pregătire pentru schimbare în personalitate este corelată cu faptul că majoritatea psihoterapeuților sunt relativ sănătoși din punct de vedere psihologic. În timp ce membrii acestui grup de terapie variază considerabil privind starea lor emoțională, în general, ei au un grad crescut de funcționare. Unii membri ai grupului au probleme serioase, dar nici unul nu este psihotic, și totuși, chiar și cei mai înalt funcționali indivizi poartă povara semnificativă a unei vieți creative limitate. De altfel, procesul terapeutic nu este lipsit de provocări la adresa participanților și conducătorilor. Abuz, molestare, viol, tulburări de alimentație, atacuri de panică, suspiciune și așa mai departe sunt problemele comune care se ivesc în lucru. Cu toatea acestea, probabil datorită faptului că un număr semnificativ dintre aceste persoane au beneficiat de terapie extinsă în trecut, sau pentru că în domeniul psihoterapiei intră oamenii *relativ* sănătoși, sau chiar pentru că doar indivizi care sunt destul de bine se înscriu în acest program, tendința este de a avea persoane eficiente care interacționează în terapie.

Ținând cont de aceste tendințe, în continuare pot fi făcute trei comentarii. Primul, acela că psihoterapeuții din grupul de terapie care sunt mai tulburați au parte de un cadru suportiv mai mult decât în medie. Al doilea este că schimbarea de la început până la sfârșit, timp de trei ani (162 de ore) de terapie, este adesea profundă. Al treilea, problemele legate de limite dintre terapeut și client pot fi tratate mai degrabă în termeni de relație actuală decât urmând reguli stricte dezvoltate de autorități din exterior.

Pentru că toți membrii experimentează sentimente intense și trec prin provocări puternice ale modelelor stabilite de comportament, indivizii mai instabili nu apar ca excepții în cadrul acestor grupuri, așa cum apar în viața cotidiană. Faptul de a fi mai puțin în afara normelor slăbește câteodată rușinea resimțită și permite acestor persoane să își păstreze perspectivele asupra comportamentelor lor pe perioade lungi. Mai mult, ei sunt receptorii unui suport considerabil mai mare decât cel pe care sunt obișnuiți să îl primească. În timp ce unii părăsesc grupul prematur, alții sunt adesea tentați să plece, iar alții sunt prinși în procese în care sunt țapi ispășitori, atenția la procesul grupului și dorința membrilor grupului de a fi stăpânii propriilor reacții se combină pentru a face din totul un cadru unic suportiv. Mare parte din izolarea și disperarea persoanelor supuse dereglărilor în lumea de zi cu zi se ivesc pentru că majoritatea persoanelor din jurul lor nu sunt pregătite să facă față deschis

fie relațiilor de grup de tip aici și acum, fie propriilor reacții față de comportamente violente.

Psihoterapeuții nu sunt numai ei înșiși obiecte de proiecție, ci și ei proiectează la rândul lor asupra clienților lor (Gibbons, Lichtenberg și van Beusekom, 1994). Confruntarea propriilor tendințe de proiecție îi pune pe cei care sunt mai maturi emoțional într-o poziție și mai mare de egalitate și la un loc cu cei mai puțin maturi. Sucesele comunității terapeutice în trecut (Jones, 1968) pot fi atribuite unui astfel de cadru de sprijin. Prezența indivizilor înalt funcționali, prin urmare, este un element esențial în munca terapeutică.

Una dintre sursele mari de mândrie și plăcere pentru un terapeut este de a fi martorul creșterii și dezvoltării clienților, în special a celor care sunt nu numai clienți, dar și psihoterapeuți. Persoanele care sunt relativ bine se folosesc în mod extraordinar de psihoterapie. Ele sunt mai încrezătoare și mai pline de speranță, mai deschise către risc și mai capabile să asimileze și să folosească experiențele procesului terapeutic. În mod obișnuit, terapeuții-pacienți participanți își pot aminti momente de transformare memorabile, după lungi perioade de timp. Chiar și reamintirea unor astfel de momente este în sine o asimilare mai bună a experienței. Terapia Gestalt este construită pe crearea unei „urgențe sigure" (Perls, Hefferline și Goodman, 1951). Calitatea *urgenței* recapitulează perioada când modelele obișnuite de a face față, care erau la un moment dat potrivite, și care, apărute din nou, sunt mai puțin adaptate la situația prezentă actuală. Sensul trecut al urgenței este readus la viață. Calitatea de *sigur* înseamnă, de această dată, că există îndeajuns de mult sprijin pentru a crea o oportunitate pentru un răspuns mai potrivit vârstei, consistent din punctul de vedere al valorii, ego-sintonic la contextul provocator. De vreme ce o parte din ceea ce face situația prezentă sigură derivă din autosprijinul deja dezvoltat al participantului, procesul terapeutic devine eficient în declanșarea unei creșteri personale semnificative.

Colegialitate și limite

Problema limitelor este o preocupare principală în toate eforturile terapeutice. Pentru că terapia Gestalt se concentrează în mod explicit asupra naturii și calității contactului dintre client și terapeut, atenția acordată acestor probleme este o componentă obișnuită a terapiei. Contextele contactării, posibilitățile și limitările contactării nu sunt stabilite

prin reguli și reglementări, ci mai degrabă sunt termeni de negociere și comunicare deschisă. (Fondul anarhist al terapiei Gestalt a venit pe cale directă de la Paul Goodman și pe cale indirectă de la experiența radicală a lui Fritz Perls). Așa cum a fost deja indicat, formarea și psihoterapia se suprapun în acest program. Unii participanți sunt și în terapie individuală cu unul dintre membrii facultății; alții sunt în supervizare sau grupuri de consultare.

Terapeuții Gestalt își mărturisesc, în mod obișnuit, propriile experiențe fie că acestea sunt reacții la modul de a lucra al clientului, fie privind aspecte care intervin în proces, în mod natural. Mai degrabă decât de a fi figuri ascunse sau misterioase, terapeuții Gestalt tind să fie transparenți și disponibili. De exemplu, Isadore From, unul dintre fondatorii terapiei Gestalt, ar gestiona ceea ce a considerat a fi o proiecție în felul următor: „Pari să experimentezi X astfel, în timp ce eu îl experimentez în acest alt fel. Hai să vedem cum și de ce experiențele noastre diferă" (comunicare personală, 1983). El nu a considerat experiența personală superioară, ci pur și simplu diferită. Legăturile la evenimentele sociale între terapeuți și clienți sunt obișnuite. După ce programul de formare se termină, terapeutul și clientul pot să continue întâlnirile din perspectiva de colegi și prieteni.

Elementele esențiale în gestionarea problemelor legate de limite sunt deschiderea, directivitatea, întâlnirea ca egali, evitarea abuzurilor și respectul mutual. Aceste elemente nu pot fi legiferate, dar trebuie să fie recreate în procesul contactului personal. A trăi după reguli impuse din exterior limitează modificările creative care se ivesc în contactul personal. Acestea fiind spuse, acordăm o atenție semnificativă problemelor etice referitoare la limite chiar în timpul formării. Punem accentul pe manifestarea acestor elemente esențiale menționate, nu pentru a ne conforma legilor atât de mult, cât practicii unei terapii pline de respect și considerație.

Pentru ca terapeuții care sunt terapeuți-pacienți într-un grup de terapie/formare să devină colegiali cu mine, terapeutul lor, trebuie ca acest lucru să se întâmple în mod firesc, într-un proces de dezvoltare. Acest proces se extinde pe parcursul a mai mulți ani de terapie și dincolo de aceasta și are câteva calități ironice. Inițial, terapeuții-pacienți funcționează ca și clienți candidați în formare. Ei trebuie să pună în paranteză rolul lor obișnuit de autoritate, de terapeut profesional și să adopte poziția unuia care este pregătit să fie influențat. Din experiența mea, terapeuții cei mai împliniți, cei mai abilitați de-a lungul profesiei lor, sunt cei care par mai pregătiți să se deschidă întâlnirilor terapeutice. Ei intră în

program, în principal pentru a fi influenţaţi de acesta, în vreme ce clienţii, în general, şi terapeuţii relativ noi în practica terapeutică sunt rezervaţi, dacă nu chiar defensivi. Prin urmare, o parte semnificativă a lucrului la început constă din orientarea spre a fi client, o poziţie care nu este văzută în mod obişnuit ca una colegială.

Pentru că acesta este un grup de terapie în care indivizii lucrează separat în grup cu terapeutul, precum şi prin interacţiune cu grupul ca întreg, o problemă specială în procesul de orientare implică diada individ-terapeut în relaţie cu restul grupului. Membrilor grupului li se cere să participe şi să reflecteze la propriile reacţii în lucrul individual şi să se folosească de conştiinţa pe care o au, dacă doresc să înveţe ceva din ceea ce fac. Ei pot să se gândească şi la cum ar conduce ei terapia, dacă ar fi în rolul terapeutului. Acesta este un mod preliminar în a fi colegiali cu mine, atunci când mă observă lucrând cu unul dintre egalii lor. Li se cere, de asemenea, oricum, să nu continue munca terapeutică, atunci când diada individ-terapeut a terminat o etapă. Individului trebuie să i se permită să asimileze experienţa.

Terapia Gestalt este văzută de mulţi practicieni ca un mod de viaţă, la fel ca o formă de psihoterapie. Astfel, a deveni un client şi un terapeut Gestalt înseamnă a intra într-o nouă cultură, ca să spunem aşa. De vreme ce egalitarismul este una dintre caracteristicile promulgate de terapeuţii Gestalt, colegialitatea este întărită prin modul în care terapeutul conduce terapia.

Nimic nu este mai important în această activitate decât dezvăluirea din partea conducătorului de grup a propriei experienţe. Printre revelaţiile care sunt cele mai influente în promovarea egalităţii se află cele în care recunosc sau resimt sentimente şi momente puternice de mare vulnerabilitate. Urmând ceea ce Hellmuth Kaiser a spus (1965), când a insistat că terapeutul nu trebuie să îl părăsească pe client din punct de vedere emoţional, eu, ca terapeut Gestalt, îl urmez pe terapeut/candidat în formare acolo unde este acesta angajat emoţional şi rămân împreună cu acea persoană în acea experienţă. Nu pentru a soluţiona depresia clientului meu, ci pentru a fi împreună cu acel client în depresie este metoda de a-l susţine pe client şi a avea încredere că, într-un fel sau altul, creativitatea sa va găsi un drum pentru a depăşi depresia. A fi de această dată trist, precum clientul, şi a-l asigura că amândoi vom fi în regulă este o formă de ajutor care promovează sentimentele de egalitate şi de pregătire în a fi colegi. Pe de altă parte, a rămâne în armonie emoţională cu clientul, chiar dacă neexperimentând exact ceea ce simte el, poate fi o altă formă de suport.

Ceea ce îl angajează pe terapeut/candidat în formare, mai direct drept coleg, este procesul de evaluare folosit în a opta la fiecare 9 ședințe. Fiecărui participant i se cere să evalueze pe fiecare membru al grupului, incluzându-mă pe mine, conducătorul de grup. Membrilor li se cere să spună care sunt punctele tari și beneficiile pe care le-au observat și acele aspecte unde este loc pentru îmbunătățiri. A învăța să oferi gânduri despre celelalte persoane, care sunt adevărate, folositoare și care pot fi asimilate de ceilalți, este o dezvoltare în funcția Eu-lui și, de asemenea, o bază pentru colegialitate atât cu ceilalți membri ai grupului, cât și cu un conducător de grup. Această sarcină este, în mod obișnuit, anticipată și scoasă la iveală cu o anxietate semnificativă. Nu suntem obișnuiți, nici chiar ca psihoterapeuți, cu o evaluare reciprocă în deplinătatea punctelor tari și a limitărilor. Un astfel de nivel de intimitate, ca un canal cu două sensuri, nu este moneda obișnuită a psihoterapiei, deși, din nou, acesta este elementul central în concepția lui Jones (1968) asupra comunității terapeutice.

În al treilea an al terapiei de grup, terapeuții/candidații în formare și cu mine funcționăm la un nivel egalitar în moduri suplimentare. Candidații în formare preiau rolul conducătorului de grup în grupurile lor cu colegii timp de câteva ședințe. Atunci când sunt prezent, funcționez ca un participant-observator în activitate. În mod similar, în al treilea an, candidații în formare pot conduce alte grupuri în cadrul programului împreună cu mine. În această situație suntem parteneri în această muncă, ajutându-ne unul pe altul, întrebându-ne unul pe altul și așa mai departe. Ocazional, am reunit grupuri în afara programului cu unul dintre membrii programului de formare.

Această transformare într-un coleg junior nu se întâmplă numai în timpul experienței de grup, ci și în anii următori. A deveni terapeut Gestalt ia timp și ani buni până ce ei dezvoltă acest mod de viață, candidații în formare cedându-mi din ce în ce mai mult autoritatea, dar în același timp asumându-și mai multă autoritate în munca lor.

A fi mentor

În același fel în care, sub influența unei educații sănătoase, copiii unei persoane devin prieteni la maturitate, în același fel, terapeuții/candidații în formare devin colegii conducătorului de grup, ca parte a procesului de dezvoltare prin care devin terapeuți Gestalt. A fi mentor este o componentă semnificativă în acest proces. De vreme ce eu îl încurajez

pe fiecare terapeut Gestalt să se bazeze pe calitățile și interesele speciale proprii, a fi mentorul acestui grup de terapie se concentrează pe susținerea terapeuților/candidaților în formare de a găsi și a inventa cine sunt ei. Terapeuții/candidații sunt susținuți în a se baza pe autodefinirea în munca de terapie pe care o practică în afara formării. Unii participanți preferă să se bazeze pe folosirea limbajului în întâlniri de dialog, în timp ce alții sunt centrați pe corp și înclinați spre o comunicare nonverbală. În timp ce fiecare terapeut Gestalt utilizează toate aceste metode de contact, dependența de propriile puncte tari ale unei persoane este facilitată în activitatea de a fi mentor. Pentru a fi un mentor de succes în acest context, eu, conducătorul de grup, trebuie să-mi urmez propria înclinație și propriile funcții ale Eu-lui pe deplin, în timp ce terapeutul/candidatul în formare este susținut să facă același lucru.

Dacă terapeutul/candidatul în formare a venit cu o orientare teoretică substanțial diferită, eu nu mă concentrez pe diferențele dintre acea orientare și terapia Gestalt. În schimb, acord atenție modurilor de a fi ancorat în acea perspectivă și felului în care acestea pot fi realizate în practica terapiei Gestalt. În timp ce terapia Gestalt nu are ca scop direct schimbarea comportamentului sau crearea de modele cognitive diferite, expertiza candidatului în formare prin observarea comportamentului sau a stilului cognitiv poate fi folosită în explorarea propriilor experiențe ale clientului. Întreruperile contactului prin metode comportamentale sau cognitive pot fi observate și se poate lucra asupra lor. Terapia Gestalt, la origine, a fost eclectică, deși își are propria structură internă. Prin urmare, faptul de a avea terapeuți/candidați în formare cu orientări semnificativ diferite nu este o problemă în cazul terapiei de grup.

În același timp, perspectiva teoretică a unei persoane se poate reflecta în modul în care trăiește acea persoană. Teoria poate justifica limitările terapeutului, la fel cum îi poate ghida practica. Astfel, teoria cognitiv-comportamentală *poate* privilegia gândul în comparație cu sentimentul. Psihanaliza clasică *poate* întări înclinația analistului spre interpretare, mai degrabă decât empatia cu pacientul și *poate* astfel să conducă în mod inadecvat la proiecție din partea analistului și la introiecție din partea pacientului. Vechiul stil de comportamentalism *poate* plasa terapeutul într-o poziție superioară, ca expert în relație cu clientul, mai degrabă decât ca un egal. În măsura în care o convingere teoretică întărește distorsiunile de experimentare și contactare din partea terapeutului, cadrul terapeutului/candidatului în formare poate intra în terapia de grup ca problemă care trebuie avută în vedere. Rareori avem

dezbateri teoretice directe, în activitatea terapeutică, dar terapia în sine afectează adesea atitudinile privind o orientare teoretică dată.

Dat fiind că programul de formare este mai cuprinzător decât terapia de grup, terapeutul/candidatul în formare își aduce munca sa de terapeut în formare și în alte segmente ale sfârșitului de săptămână de formare. În timp ce există o oportunitate minimă pentru expresia directă a muncii de terapeut a candidatului, în terapia de grup, există spațiu considerabil pentru ca un candidat în formare să folosească și să aprecieze abilitatea cerută. Am menționat deja cum candidații în formare funcționează în rol de conducător de grup sau co-conducători. Ei au și ocazia de a susține prezentări de caz din munca din afară, cu posibilitatea institutului de a oferi supervizare în cadrul unei perpective și metode de supervizare Gestalt. În această supervizare, terapeutul/candidatul în formare poate vedea cum tendințele sale și cele ale terapeutului supervizor Gestalt se împletesc sau diferă. În aceste câteva feluri, orientările teoretice ale terapeutului/candidatului în formare sunt parte a terapiei, chiar dacă nu un punct explicit.

Când reflectez acum la modul în care candidații în formare reacționează la greșeli, erori tehnice și eșecuri empatice din partea mea în timpul ședințelor de grup, mă adresez funcționării Eu-lui lor sau celui al meu. Dau curs criticismului, diferenței, provocării ca parte a orientării și a terapiei în sine. Prin urmare, reacțiile la erori sunt o parte naturală a terapiei și, pentru a parafraza preocuparea cuiva, reprezintă capacitatea de a evolua. Majoritatea întrebărilor sunt prin prisma interesului despre terapia Gestalt, mai degrabă decât venind din încercări de a aplica alte perspective teoretice. Mai mult decât atât, după judecata mea, reacțiile sunt de obicei de ajutor atât pentru grupul de colegi, cât și pentru conducătorul de grup. Contextul acestei terapii de grup ca mediu de învățare contribuie la calitatea acestor reacții.

Candidații în formare sunt observatori apropiați ai lucrului care se întâmplă. Ei sunt prinși în experiența muncii individuale sau în cadrul procesului grupului, astfel încât, în lipsa unei atenții la greșelile din partea mea, candidații în formare sunt receptorii direcți ai acestora. În acest rol, la începutul programului, candidații în formare reacționează ca și clienți, ca opuși terapeuților colegi. De exemplu, la început în anul de formare cu noi, ca un experiement de terapie, le-am cerut participanților să se uite unii la alții și să înregistreze pentru ei înșiși pe cine plac cel mai mult, pe cine cel mai puțin și ce aspecte pozitive și ce aspecte negative ar putea să își imagineze unii despre ceilalți. Pentru că ei erau în fazele inițiale de a ajunge să se cunoască unul pe altul și să învețe cum ar urma să se

desfășoare terapia de grup, nu erau atât de doritori să facă acest experiment și nici nu erau destul de pregătiți încă să-mi spună că exercițiul era nepotrivit. Prin urmare, ei au făcut partea ușoară — cine îmi place cel mai mult, deși nu aș spune-o tare — și au rezistat la restul exercițiului. Singura parte negativă care a ieșit la suprafață era criticismul experimentului implicit la adresa mea. Ei au încercat să fie clienți „cuminți", cooperativi și agreabili și, când mi-am dat seama de eroarea mea, ei s-au simțit ușurați și mult mai disponibili la discuții despre rezistența lor. Îi îndepărtam de mine prin eroarea mea, în timp ce ei se legau mai mult unul de altul. Atunci când mi-am recunoscut greșeala în mod deschis și fără rușine, candidații în formare s-au apropiat de mine și de procesul terapeutic.

Atunci când terapeuții/candidații în formare au mai multă experiență în terapie, știu că nu este posibil să fie singurii din grup împovărați cu greșeala empatică a terapeutului. Ei au fost încurajați să își exprime îngrijorările și li s-a spus că, dacă au o reacție negativă, este foarte probabil ca altcineva din grup să se simtă în mod similar. Pentru că acest lucru este demonstrat în mod obișnuit, terapia de grup, mai mult decât terapia individuală, îi dă posibilitatea clientului de a-l provoca pe terapeut. Suportul clientului nu este limitat la terapeut. Ca urmare, greșelile din partea terapeutului sunt mai adesea adresate direct și se gestionează chiar atunci când impactul acestora este prezent. Această caracteristică a terapiei și formării este folositoare în dezvoltarea funcției Eului, care este capacitatea de a identifica ceea ce este apropiat de ei și de a îndepărta ceea ce nu este dorit la un moment dat. O temă de bază în terapia Gestalt, derivată din teoria educațională, este aceea că provocarea trebuie să fie îndreptată spre susținere.

Răspunsul la terapie

Răspund terapeuții/candidații la fațete diferite ale procesului terapeutic, față de persoanele care nu sunt terapeuți? Cred că da, cel puțin în acest context. Terapia de grup este parte a unui program de formare, și, din această cauză, candidații în formare au un mod de concentrare dual. Ei sunt serios ocupați cu propria experiență și creștere, așa cum se întâmplă și altor clienți, în general. Astfel, ei sunt, de asemenea, și foarte atenți la mine ca terapeuți, nu doar din perspectiva dezvoltării transferului — proiecțiilor pe mine ca terapeut, pe care încercăm să le minimizăm în terapia Gestalt —, dar și din dorința lor de a vedea cum

lucrează un terapeut Gestalt. Candidaţii în formare mă evaluează continuu şi aleg să adopte acele practici pe care le găsesc valoroase.

Discuţia lui Isadore From (comunicare personală, 1983) despre gestionarea unui client care proiectează, pe care am descris-o anterior, era strâns legată de perspectiva sa prin care în întâlnirea persoanelor este vital a avea un „Eu" distinct şi un „Tu" distinct. Clientul ar trebui să fie conştient de sine ca o persoană distinctă şi de terapeut în particularitatea sa, ca un celălalt distinct. Astfel, şi terapeutul ar trebui să fie conştient de client ca persoană distinctă şi de sine ca individ distinct. Această terapie de grup, pentru că implică participanţi, care sunt ei înşişi terapeuţi, constituie o bază pentru o instanţă specială a unui conducător/terapeut de a fi distinct faţă de terapeuţii/candidaţii în formare. Nu sunt doar o persoană care se concentrează pe candidatul în formare şi în acea postură cineva care poate fi vag sau clar, dată fiind dispoziţia clientului de a include un „Tu". Şi eu sunt terapeut reprezentând terapia Gestalt, care trebuie învăţată, şi astfel un „Tu" particular pentru ei. Dacă terapeutul/candidatul în formare trebuie să înveţe acest tip de terapie, el sau ea se va uita îndeaproape la cum îmi execut rolul de terapeut.

Legat de acest caz special, ca terapeut al terapeuţilor, eu încerc din greu să nu fiu introiectat sau imitat, chiar dacă ştiu că acest lucru este foarte probabil cu terapeuţii novici. Terapeuţii/candidaţii în formare nu ar trebui nici să devină ca mine şi nici să acţioneze exact ca mine. La început, în istoria terapiei Gestalt, aceasta a constituit o problemă, prin aceia care i-au imitat pe conducătorii care se bazaseră în mod excesiv pe tehnică, fapt care i-a făcut adesea să pară că se folosesc de şarlatanii. Scopul terapiei Gestalt este de a face ca fiecare persoană să devină individuată, urmându-şi propriile tendinţe unice. Terapeuţii/candidaţii în formare sunt încurajaţi să îşi regăsească propria natură specială, în general, precum şi propriul lor stil ca terapeut. Dacă ei introiectează conducătorul grupului, ei nu pot creşte în deplinătatea lor, deci acord atenţie la modul în care terapeuţii/candidaţii în formare discriminează şi asimilează ceea ce iau de la mine în procesul de terapie. O astfel de discriminare a ceea ce vine înspre ei este parte a agresiunii sănătoase pe care terapia Gestalt o încurajează. Provocarea mea ca terapeut a altor terapeuţi este a fi acest distinct „Tu", în acelaşi timp neîncurajând ca ei să fie mai mult ca mine decât sunt în mod natural sau mai puţin diferiţi decât mine decât sunt în mod natural.

Atunci când iau în considerare modul în care terapeuţii/candidaţii în formare mă includ pe mine în fanteziile lor, sunt conştient că nu există

mai mult spațiu pentru mine în viețile lor decât este obișnuit în cazul altor clienți. Tind să apară nu numai în ariile problemelor lor particulare, dar și, în mod destul de natural, în viețile lor de la slujbă. În timp ce ei pot să nu fi introiectat felul meu de a face lucrurile, dacă am avut succes în limitarea aceea, ei au parte de suportul meu față de ei în a fi adevărați în înclinația lor și în faptul de a se baza pe creativitatea lor. Pe când se mândresc în sine ca terapeuți, ei păstrează imagini ale mândriei mele și a plăcerii în felul *lor* de a lucra ca terapeuți. Altceva decât faptul că facem aceeași muncă, în mare, prezența mea în viața lor fantasmatică nu pare să difere semnificativ de cum trăiesc eu în viețile altor clienți.

Probleme și preocupări

Care sunt experiențele grele, apăsătoare sau supărătoare și preocupările din conducerea terapiei cu parteneri din profesia sănătății mintale? Eu mă îngrijorez uneori cu privire la granița subțire dintre faptul de a-i provoca pe candidații în formare și faptul de a-i face să se simtă rușinați. Dacă nu îi provoc pe terapeuți în punctele lor de creștere — și mă consider mai mult blând decât provocator, deși am auzit că sunt uneori perceput ca „intimidând" —, ei nu își vor dezvolta pe mai departe funcțiile Eu-lui, iar terapia lor va fi una limitată. Dacă nu provoc potrivit, pot să le activez rușinea candidaților în formare, care s-ar putea întoarce în a-i rușina pe clienții lor, la rândul lor. Dacă reflectez la acest lucru, sunt conștient că am rușinat uneori un candidat în formare, deși acest lucru s-a întâmplat în supervizarea unei practici, mai degrabă decât în terapia de grup în sine. În ceea ce privește rușinea, am folosit cadrul terapiei de grup pentru a încuraja și susține criticismul la adresa mea, pe de o parte, și explorarea și deținerea a ceea ce se întâmpla în mine, pe de alta, care să mă determine să îl rănesc pe altul. Am apelat și la un membru, coleg în cadrul facultății, să lucreze cu candidații în formare împreună cu mine în întâlnirea și reconsilierea pe baza evenimentului rușinos.

În plus, mă neliniștește cât de buni vor fi candidații în formare ca terapeuți Gestalt. Colegii mei și cu mine credem că terapia de grup este vitală pentru dezvoltarea candidaților în formare în contextul de terapie Gestalt. Cu toate acestea, știu și că durează mulți ani să evoluezi pentru a deveni un terapeut Gestalt complet. De vreme ce sunt atât de des confruntat cu acești oameni în primii ani ai acestei evoluții, nu știu cum se vor transforma pe termen lung. Acest lucru devine o îngrijorare

pentru mine în două feluri: le vor face bine clienților lor sau îi vor răni? Și vor onora ei domeniul terapiei Gestalt? Ca profesor cu experiență, știu că eu nu sunt decât o mică parte a creșterii și performanței unui individ, dar mă îngrijorez din acest punct de vedere, oricum. Nu sunt însă împovărat de această preocupare până la punctul de a le cere candidaților în formare să se conformeze unor standarde exacte în program și în terapie, de vreme ce cred că această evaluare grea este în sine distructivă prin tendința sa autoritară. Prin urmare, am încredere că evaluările reciproce pe care le folosim în fiecare an vor servi scopurilor lor și, în tot acest proces, vor scoate la lumină sentimentul meu de îngrijorare.

Așa cum cititorul ar putea să observe, colegii mei și cu mine facem distincția dintre supervizare și psihoterapie, în același timp folosind această combinație. Le oferim supervizare terapeuților/candidaților în formare, în mod explicit, în ziua de dinaintea terapiei de grup. Și, așa cum am menționat, probleme cum ar fi rușinarea în supervizare intră sub incidența aspectului de dialog al psihoterapiei. De vreme ce suntem implicați în ceea ce se întâmplă în terapeut/candidat la formare atunci când acea persoană beneficiază de psihoterapie, iar acest lucru reprezintă o componentă centrală a supervizării, putem contribui la o estompare dintre terapeutul ca supervizat sau client. Oricum, distincția conștientă în definiția acestor două funcții pare să mențină niște diferențe clare. Unii candidați în formare sunt obișnuiți ca supervizarea să se concentreze pe caz, mai degrabă decât pe ei ca parte în înțelegerea cu clienții. Pentru ei, supervizarea poate provoca mai multă anxietate decât de obicei, dar în timp, dat fiind că scopul terapiei este și de a gestiona cu probleme de anxietate, aceasta se disipează ca problematică.

Aceleași clarificări deschise și discuții au loc atunci când unii dintre candidații noștri în formare funcționează ca profesioniști în comunitatea noastră. Una dintre complicații este că mulți dintre absolvenții noștri doresc recomandări, iar noi nu putem să îi mulțumim pe toți. Urmăm dispoziția de a ne contacta unii pe alții într-un mod direct, reciproc și în acest domeniu. Atunci când un absolvent dorește recomandări, îi pot sugera că anume clienți sunt tentați să îi recomand lor. Pe alții aș putea să îi încurajez, de pildă, să încerce să atragă clienți prin prezentări publice sau printr-un contact cu medici care ar putea să îi recomande pacienților proprii. Dacă nu mă simt bine trimițând clienți unui anumit absolvent, încerc să și verbalizez acest lucru.

Satisfacții oferite de proiect

Consider terapia Gestalt ca o instanță filosofică, o teorie a funcționării umane, o teorie a pihoterapiei și un ghid de viață pentru individ în familie, în grupuri sau în instituții. Prin urmare, recompensele provenite din a organiza acest grup de terapie cu terapeuți nu se referă numai la acești membri ai grupurilor, deși evoluția și dezvoltarea lor sunt surse de satisfacție evidentă pentru mine. Îi revăd pe mulți dintre acești oameni după terminarea celor trei ani în care ei iau parte la grupuri și sunt privilegiat astfel să le văd profunzimea ca persoane și dezvoltarea ca terapeuți. De vreme ce consider că acești indivizi beneficiază de echivalentul unei schimbări de cultură, găsesc extraordinar să le contemplu vitalitatea crescută. Propria viață se încarcă astfel cu mai mult sens din capacitatea lor crescută de a trăi și lucra într-o manieră creativă.

Mai indirect, bineînțeles, este sentimentul meu de a oferi capacitatea celorlalți să se miște în această direcție. Practicând terapia Gestalt, în mod eficient, ei înșiși, îi asistă și pe clienții lor să activeze în acest mod mai democratic, mai egalitar, mai operativ și agresiv în sens sănătos pe care îl clădește terapia Gestalt. Pentru că ne concentrăm pe contact în viața socială, cei afectați de terapie sunt înclinați să influențeze grupurile și instituțiile în care sunt implicați în direcții congruente cu ale instanței terapiei Gestalt. Unii dintre terapeuți fac acest lucru direct prin faptul de a lucra în instituții.

Rezultatul, cred eu, este acela că orientarea socială în care sunt angajat și despre care am scris (Lichtenberg, 1990/1994; Lichtenberg și alții, 1997) este promulgată mult dincolo de grupul în care are loc terapia. Dacă nu se răspândește la fel de puternic și sălbatic precum un foc, cel puțin se aventurează dincolo de timpul și locul efortului terapeutic.

Există și o altă satisfacție care nu trebuie scăpată din vedere. Spunem că terapia Gestalt este o psihoterapie serioasă și profundă; aceasta are impact puternic asupra persoanei dacă este făcută cu succes. În consecință, suntem capabili să ne cunoaștem candidații în formare la un nivel intim. A întâlni o altă persoană la nivel intim nu se întâmplă frecvent în viața modernă, și totuși, este o onoare să fie apreciată. Faptul că acest lucru se întâmplă în multe psihoterapii nu înseamnă că reprezintă o sursă de satisfacție mai mică pentru mine. Faptul că este mult mai probabil ca terapeuții să fie deschiși unei astfel de intimități, mai mult decât alți clienți în general, cred eu că înseamnă că există mai multe ocazii de a experimenta o astfel de intimitate. Mai mult decât atât, această intimitate purcede în două direcții, de vreme ce terapeutul, atunci când ia contact

Satisfacții oferite de proiect

Consider terapia Gestalt ca o instanță filosofică, o teorie a funcționării umane, o teorie a pihoterapiei și un ghid de viață pentru individ în familie, în grupuri sau în instituții. Prin urmare, recompensele provenite din a organiza acest grup de terapie cu terapeuți nu se referă numai la acești membri ai grupurilor, deși evoluția și dezvoltarea lor sunt surse de satisfacție evidentă pentru mine. Îi revăd pe mulți dintre acești oameni după terminarea celor trei ani în care ei iau parte la grupuri și sunt privilegiat astfel să le văd profunzimea ca persoane și dezvoltarea ca terapeuți. De vreme ce consider că acești indivizi beneficiază de echivalentul unei schimbări de cultură, găsesc extraordinar să le contemplu vitalitatea crescută. Propria viață se încarcă astfel cu mai mult sens din capacitatea lor crescută de a trăi și lucra într-o manieră creativă.

Mai indirect, bineînțeles, este sentimentul meu de a oferi capacitatea celorlalți să se miște în această direcție. Practicând terapia Gestalt, în mod eficient, ei înșiși, îi asistă și pe clienții lor să activeze în acest mod mai democratic, mai egalitar, mai operativ și agresiv în sens sănătos pe care îl clădește terapia Gestalt. Pentru că ne concentrăm pe contact în viața socială, cei afectați de terapie sunt înclinați să influențeze grupurile și instituțiile în care sunt implicați în direcții congruente cu ale instanței terapiei Gestalt. Unii dintre terapeuți fac acest lucru direct prin faptul de a lucra în instituții.

Rezultatul, cred eu, este acela că orientarea socială în care sunt angajat și despre care am scris (Lichtenberg, 1990/1994; Lichtenberg și alții, 1997) este promulgată mult dincolo de grupul în care are loc terapia. Dacă nu se răspândește la fel de puternic și sălbatic precum un foc, cel puțin se aventurează dincolo de timpul și locul efortului terapeutic.

Există și o altă satisfacție care nu trebuie scăpată din vedere. Spunem că terapia Gestalt este o psihoterapie serioasă și profundă; aceasta are impact puternic asupra persoanei dacă este făcută cu succes. În consecință, suntem capabili să ne cunoaștem candidații în formare la un nivel intim. A întâlni o altă persoană la nivel intim nu se întâmplă frecvent în viața modernă, și totuși, este o onoare să fie apreciată. Faptul că acest lucru se întâmplă în multe psihoterapii nu înseamnă că reprezintă o sursă de satisfacție mai mică pentru mine. Faptul că este mult mai probabil ca terapeuții să fie deschiși unei astfel de intimități, mai mult decât alți clienți în general, cred eu că înseamnă că există mai multe ocazii de a experimenta o astfel de intimitate. Mai mult decât atât, această intimitate purcede în două direcții, de vreme ce terapeutul, atunci când ia contact

cu clientul, trebuie să fie deschis la autodezvăluire de natură personală. Fără a folosi clientul pentru soluționarea problemelor personale, terapeutul trebuie să fie capabil să se deschidă la nivel personal, fără a fi defensiv în mod exagerat.

În sfârșit, conducerea terapiei cu terapeuții/candidații în formare este un proces care pune bazele unei comunități. Mulți dintre acești terapeuți/candidați lucrează în regiunea în care se ține terapia. Ei devin colegi. În acest fel, ei iau parte la manifestările unei educații continue și la alte întâlniri la care merg și eu. Terapeuții/candidați constituie resurse ale recomandărilor, timițându-mi mie alți clienți și primind clienți trimiși de mine. Ei sunt coorganizatori ai organizațiilor profesionale pentru dezvoltarea continuă a terapiei Gestalt și a terapeuților Gestalt. Dată fiind noțiunea că această terapie informează cum interacționează oamenii în comunitate, mă regăsesc pe mine într-un cadru social care este energic, provocator, inclusiv deferent față de toate felurile de diferențe.

Pentru că participanții sunt la rândul lor terapeuți, ei testează anumite idei care acționează eficient și readuc o experiență proprie împreună cu aplicarea de noi formulări teoretice. Acesta este un mod de validare practică, ce nu contează prea mult din perspectiva „științifică" asupra psihologiei, dar este o validare a teoriei pe care eu o prețuiesc profund.

Dezvoltatea mea ulterioară ca psihoterapeut a fost hrănită de lucrul cu terapeuții/candidații în formare, din două motive principale. Primul, acești indivizi se gândesc întotdeauna la ceea ce merge în cazul lor și îmi împărtășesc și mie aceste gânduri. Tot ei sunt, de asemenea, direcți cu privire la ceea ce este mai puțin folositor și deschiși spre a mă corecta sau a modifica ceea ce am făcut. Ei sunt, mai presus de toate, parteneri în lumea terapeutică și vor ce este mai bine pentru ei înșiși și pentru ceilalți. Al doilea motiv: este mai probabil ca ei să constituie minți psihologice gata să trateze cu problemele pe care ceilalți le-ar putea ține la periferie. De exemplu, terapeuții trebuie să-și gestioneze adesea proiecțiile în timpul procesului terapeutic, tendințele clienților, dar și pe ale lor. Ca obiecte ale proiecțiilor din partea clienților lor, terapeuții trebuie să învețe cum să diferențieze între ceea ce este al lor de ceea ce le este impus. Mult prea adesea terapeuții sunt predispuși să proiecteze asupra clienților, în special asupra celor care îi fac să se simtă inconfortabil. Lucrul concentrat asupra unor astfel de înclinații spre proiecție cu acești terapeuți/candidați în formare mi-a sporit capacitatea ca terapeut de grup.

În sfârștit, cred că munca de a fi terapeut al altor terapeuți este cel mai bine făcută în timpul ultimelor stadii ale carierei unui individ. În mod

inevitabil, cineva devine mentor și terapeut, iar a fi mentor implică resurse personale suplimentare, dincolo de abilitatea terapeutică. Pe când am grijă să le atrag atenția terapeuților/candidaților în formare să nu introiecteze fără discriminare ceea ce le ofer, mă folosesc adesea de experiența trecută ca de ceva care mă ghidează și le poate fi folositor. De vreme ce eu nu mai am nevoie să mă dovedesc, să dobândesc o nouă stimă de sine sau să mă zbat spre culmile construirii unei cariere, pot fi relaxat cu privire la anumite probleme și umil și modest în cerințele mele.

De exemplu, atunci când clienții aleg să nu mai continue să lucreze cu mine, pot să văd întotdeauna partea pozitivă a acestui aspect. Ei își exersează funcția Eu-lui fie prin a decide că au primit destul de la mine, fie prin a mă exclude pe criteriul de a le fi dat mai puțin decât doreau. Pot să mă uit cu atenție să văd dacă am greșit undeva, dar detașarea mea cu privre la problemă se dovedește a fi pozitivă atât pentru client, cât și pentru mine. Uneori, atunci când un client și-a anunțat dorința de a termina terapia, pe fondul anxietății a ceea ce urmează în munca noastră (după cum văd eu lucrurile), atenția mea este captată de funcția Eu-lui lor și de a acorda suport deciziei lui care servește în a-l motiva să-și continue efortul. În orice caz, fie că aleg să încheie sau să continue, este în regulă pentru mine, iar acest lucru a avut efecte. Pot să împărtășesc acest adevăr cu terapeuții/candidații în formare, așa cum mentorul meu, Isadore From, mi l-a împărtășit mie în cadrul reformării mele ca terapeut Gestalt.

Așadar, recomand acelora care sunt terapeuți altor terapeuți să nu evite suprapunerea terapiei cu faptul de a fi mentor, dar să o facă atent și cu grijă. Ar putea fi mai ușor în grupuri de terapie precum cele pe care le-am descris, de vreme ce alți terapeuți din grup pot contribui și susține procesul, modulând ceea ce oferă conducătorul grupului. Cu toate acestea, poate fi la fel de valoros în lucrul individual cu un terapeut. A merge pe linia egalității cu celălalt și a avea o contribuție specială reprezintă o autoritate democratică la cel mai înalt nivel.

Bibliografie:

Angyal, A., *Neurosis and treatment: A holistic theory*, Wiley, New York, 1965
Dewey, J., *Democracy and education*, Macmillan, New York, 1916

Gibbons, D., Lichtenberg, P. şi van Beusekom, J., „Working with victims: Being empathic helpers" în *Clinical Social Work Journal*, 22(2), 1994, p. 211-222

Jones, M., *Social psychiatry in practice: The idea of the therapeutic community*, Penguin Books, Baltimore, 1968

Kaiser, H., *Effective psychotherapy: The contribution of Hellmuth Kaiser*, Louis B. Fierman (editor), Free Press, New York, 1965

Lichtenberg, P., *Undoing the clinch of oppression*, Lang, New York, 1990. Republicată sub titlul *Community and confluence: Undoing the clinch of opreession*, GIC Press, Cleveland OH, 1994

Lichtenberg, P., „Intimacy as a function of autonomy and merging" în *Gestalt Journal*, 9, 1991, p. 27-43

Lichtenberg, P., van Beusekom, J. şi Gibbons, D., *Encountering bigotry: Befriending projecting persons in everyday life*, Aronson, Northvale NJ, 1997

Perls, F., Hefferline, R.F. şi Goodman, P., *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*, Julian Press, New York, 1951

Capitolul 24

Tratarea psihoterapeuților perturbați și a „vindecătorilor răniți"

de Gary R. Schoener

În acest capitol voi reveni asupra conceptului de perturbare profesională în practicarea psihoterapiei. Acesta este un concept care a suferit unele schimbări și reformulări în ultimii douăzeci de ani. Deși cândva sinonim cu abuzul de substanțe sau alcoolismul, astăzi acesta are conotații cu o gamă foarte variată de probleme personale. Astfel, tratamentul profesioniștilor din domeniile psihoterapiei, care experimentează o perturbare în abilitatea lor de a-și îndeplini sarcinile, poate lua multe forme. Voi examina aici o varietate de abordări ale tratamentului profesioniștilor perturbați și voi aduce în discuție un număr de provocări apărute atunci când încerci să ajuți un vindecător rănit.

Impasul și perturbarea în profesiile psihoterapiei

În anii 1980, domeniul psihologiei a devenit preocupat de *practicianul în impas* (Kilburg, Nathan și Thoreson, 1986; Thoreson, Miller și Karauskopt, 1989), precum și de impactul stresului asupra clinicienilor (Guy, Poelstra și Stark, 1989). În alte domenii ale sănătății, cum ar fi medicina și asistența medicală, epicentrul a fost constituit în mod tradițional de practicienii care erau alcoolici sau dependenți de substanțe, iar *perturbarea* era adesea sinonimă cu adicțiile. *Programele pentru practicienii perturbați* și *comitetele de asistare a colegilor* în aceste profesii s-au concentrat pe tulburările de dependență (Schwebel, Skorina și Schoener, 1991). O literatură solidă s-a dezvoltat cu privire la abordările de tratament recomandate profesioniștilor din sănătate (de exemplu: Bissell și Haberman, 1984; Crosby și Bissell, 1989).

Cu mult înaintea acestor eforturi, o organizație de autoajutorare, Internatioanl Doctors in Alcoholics Anonymous (IDAA) (Doctori Internaționali în Alcoolicii Anonimi), a fost fondată în partea de nord a statului New York, în 1949, de un grup de doctori și un psiholog; IDAA are peste 6.000 de membri astăzi. Poate fi găsită pe internet la adresa: http://www.idaa.org/. Mai mult decât atât, în ultimii 25 de ani s-au dezvoltat multe programe care sunt specializate în tratarea profesionistului în sănătate dependent chimic. De exemplu, Talbott Recovery Campus (Campusul de Recuperare Talbott) (http://talbottcampus.com) oferă cercetări ale rezultatelor pe site-ul său. Un mare număr de medici, asistente și alți profesioniști în sănătate au primit tratament pentru dependențe în cadrul acestor programe.

Lipsindu-le autoritatea predicției și având un acces nelimitat la medicații, abuzul de substanțe nu era văzut ca o problemă majoră în psihologie. Alcoolismul era considerat o problemă semnificativă de către unii, iar Psychologists Helping Psychologists (Psihologi Ajutând Psihologi) a fost creat pentru a se alătura organizațiilor paralele din alte profesii care erau parte a IDAA. Deși nu atât de extins din punctul de vedere al concentrării muncii pe alte profesii din domeniul sănătății, un corp de cercetare în dezvoltare a fost concentrat pe pshihologul alcoolic (de exemplu: Skorina, Bissell și DeSoto, 1990; Thoreson, Nathan, Skorina și Kilburg, 1983).

Deplasându-ne de la conceptul de *practician în impas*, comitetul consultativ al American Psychological Association (Asociația Psihologică Americană) a recomandat concentrarea atenției pe *practicianul perturbat* cu următoarea definiție, care se aplică perturbării în majoritatea domeniilor sănătății.

> *Perturbarea* se referă la schimbarea *obiectivă* în funcționarea profesională a unei persoane. Un psiholog perturbat este unul a cărui performanță legată de muncă a scăzut în calitate. Acest lucru se poate manifesta în unul sau mai multe feluri: sarcinile legate de muncă sunt de obicei întârziate sau incomplete, conflictul cu colegii a crescut în mod vizibil, clienții, studenții sau familiile au înregistrat plângeri sau suma absențelor și întârzierilor a crescut în mod evident.
> (Schwebel, Skorina, Schoener, 1994, p. 2)

Studiile asupra perturbării au crescut dramatic în ultimii douăzeci de ani (Schwebel și alții, 1991, 1994). Câteva studii au fost conduse de asociații psihologice de stat (de exemplu Brodie și Robinson, 1991; Mukherjee, 1991), în timp ce altele au implicat cercetări naționale (de

exemplu Sherman și Thelen, 1998). În domeniul psihologiei, s-a remarcat o anumită dezvoltare a comitetelor de asistare a colegilor, dar majoritatea statelor nu dispun de acestea, pe lângă faptul că multe chiar dintre cele existente au roluri limitate (Barnett și Hillard, 2001).

Deși în asistență medicală, drept, medicină și multe alte domenii astfel de comitete sunt virtual universale, în profesiile psihoterapiei (terapie maritală și de familie, consiliere, psihiatrie, psihologie și asistență socială) eforturile au fost de departe mai limitate (Schwebel și alții, 1994). Domeniul asistenței sociale, de exemplu, a dus lipsă de orice sarcină de forță națională de-a lungul anilor 1990, deși a fost produs un manual pentru a ajuta statele care doreau să stabilească astfel de programe. O cercetare făcută în 1994, la care au răspuns 42 de asociații (aproximativ trei sferturi dintre ele), a descoperit că doar 29% dintre acestea aveau programe în desfășurare și o totalitate de 50% nu avea nici un porgram și nici planuri pentru vreunul (Negreen, 1995). Treamer (1992) a menționat că o asociație, Social Workers Helping Social Workers (Asistenți Sociali Ajutând Asistenți Sociali), un grup de autoajutorare, nu a fost stabilit decât în anul 1980, iar în 1987 avea doar 65 de membri — un procent infinitezimal din sutele de mii de membri ai NASW. Totuși, datele cercetării au indicat în mod clar o incidență și o prevalență evidente a acestor probleme în domeniu (Fewell, King și Weinstein, 1993).

Astfel, actualmente este dificil de obținut o perspectivă cuprinzătoare a acestui tip de intervenție asupra colegilor perturbați. Majoritatea practicienilor par fie să nu caute ajutor, fie să o facă individual și privat. Acest fapt creează, de asemenea, o barieră semnificativă în calea cercetării și în dezvoltarea de modele de intervenție.

Ar trebui menționat că, într-o varietate largă de domenii de sănătate, s-a pus presiune ca programele pentru practicienii perturbați să devină mai holistice în abordare, să se deplaseze de la epicentrul lor constituit de alcoolism și abuzul de substanțe și să includă tratamentul depresiei, anxietății, tulburărilor de control al instinctului sexual și tulburările de adapare în general (de exemplu, Bennett și O'Donovan, 2001). Mai mult decât atât, cercetarea s-a concentrat pe aspectele specifice ale abuzurilor din partea profesioniștilor în sănătate (de exemplu Coombs, 1997). Un studiu asupra unui grup de doctori, asistente medicale, dentiști și farmaciști, de pildă, a descoperit că orgoliul profesional însoțit de un sentiment al imunității, optimismul în ceea ce privește drogurile ca tratament pentru anumite boli și folosirea chimicalelor pentru a face față cerințelor stresante ale carierei erau pe cât de importante, pe atât de ușor de accesat în modelele dezvoltate de acești profesioniști (Coombs, 1996).

Diversitatea perturbării în toate formele sale este atât de mare încât este practic imposibil să cercetezi psihoterapia *practicianului perturbat* per se. Oricum, mai multe organisme de cercetare a perturbărilor sunt relevante pentru unele probleme specifice ale profesioniștilor în psihoterapie. Angajatorii și organismele reglatorii, precum și „vindecătorii răniți" înșiși au cerut de ceva vreme design-ul și evaluarea reabilitării practicienilor individuali (Gartrell și alții, 1989). De fapt, lucrările mai recente tratând practicienii tulburați s-au concentrat asupra reabilitării celor care încalcă limitele (Bloom, Nadelson și Notman, 1999; Irons și Schneider, 1991).

Ca un aspect practic, în timp ce depresia și alte tulburări emoționale joacă un rol în unele plângeri cu privire la profesioniști, în profesiile psihoterapiei cele mai obișnuite plângeri adresate agențiilor, programelor de formare, comitetelor etice și corpurilor reglatorii, cum ar fi comisiile de acreditare, se leagă de eșecul în a menține limitele profesionale și de contactul sexual cu pacienții sau membri ai familiei lor. În cel puțin un studiu în care psihologilor li s-a cerut să coteze frecvența problemelor în cazul altor psihologi, primele cinci probleme observate (procentele indică procentajul de psihologi care le-au menționat) au fost: depresie (84%), epuizare/supraimplicare (81%), probleme în relație (78%), relație dual㠋/limite slabe (76%) și o proastă gestionare a contratransferului (68%). Contactele sexuale cu clienții sau candidații în supervizare au fost menționate de 53%, iar consumul de alcool/substanțe chimice de 52% (Brodie și Robinson, 1991).

Astfel, problema legată de modul în care poate fi tratat eficient un profesionist perturbat în psihoterapie nu poate fi văzută ca făcând notă distinctă față de problemele apărute în practică. Psihoterapeutul trebuie să aibă grijă la funcționarea în muncă — nu doar la distresul personal sau dificultățile generice de funcționare. Mai mult decât atât, implementarea a Americans With Disabilities Act (Americanii cu Dizabilități Acționează) care le cere angajatorilor să ofere *condiții de acomodare rezonabile* a provocat organizațiile să determine cum să aprecieze succesul reabilitării în raport cu întoarcerea la muncă. Acest fapt se aplică și profesioniștilor care sunt încă în programul de formare. Mai recent a fost studiată și problema perturbării printre studenții și candații în formare (Forrest, Elman, Gizara și Vacha-Hasse, 1999; Schoener, 1999a). Practica îndelungată de a trimite pur și simplu studenții în psihoterapie sau de a-i disciplina și de a le oferi o supervizare mai opresivă a fost înlocuită cu un model concentrat pe *perturbare și reabilitare.* Un aspect-cheie este întoarcerea la lucru în siguranță, fără a face compromisuri în privința serviciilor oferite clienților.

Cercetare asupra terapeuților și a limitelor

Menținerea limitelor profesionale a constituit întotdeauna o problemă și o provocare în psihoterapie (Epstein, 1994; Gabbard și Lester, 1995; Jehu, 1994). În timp ce o persoană poate prefera să vadă indivizii cu probleme legate de limite ca un grup restrâns de persoane formate defectuos sau limitate etic, această viziune ignoră mare parte a istoriei. La începuturi, cercul analitic din Viena a fost conturat de relații duale, violări ale confidențialității și limite slabe (GrossKurth, 1991; Kerr, 1993).

Borys (1998) a comparat asistenții sociali, psihologii și psihiatrii care au permis practicarea sexului cu clienții cu cei care nu au făcut acest lucru, pe baza unui număr de autoevaluări cu privire la limite. În ciuda faptului că 40 dintre cei 44 de contravenienți au avut relație sexuală *doar după postterminare* (ceea ce oricine s-ar fi așteptat să fi determinat un acord între răspunsurile la un număr de itemi din scala sa), ea nu a putut să clasifice corect decât 55% dintre practicienii erotici și 79% dintre practicienii nonerotici, atunci când i-a comparat pe scala sa de implicare socială (Social Involvement Scale). Borys (1988) a descoperit și o variabilitate considerabilă între disciplinele psihoterapiei cu privire la ceea ce este considerat acceptabil într-un număr de arii, cum ar fi primirea unui cadou, invitarea clienților la o petrecere, tratarea unui angajat, a deveni prieten cu un fost client și dezvăluirea propriilor elemente stresante clientului.

Lamb și Catanzaro (1998), într-un studiu național asupra psihologilor americani, au comparat un grup care a mărturisist încălcarea limitelor sexuale fie cu propriii clienți, fie cu studenții și candidații în supervizare cu un grup care nu a mărturisit astfel de violări. Între cele două grupuri au fost găsite diferențe nesemnificative pe multe întrebări, inclusiv inițierea unei atingeri cu un client, discutarea detaliilor unui stresor *curent* cu un client și participarea la un eveniment social special al unui client. Rezultate semnificative ale diferențelor relevă și că un număr mare atât de contravenienți, cât și de noncontravenienți au admis faptul de a fi avut un contact social semnificativ cu clienții.

Dat fiind că îngrijorarea privind profesioniștii care se angajează în încălcarea limitelor a crescut, un număr sporit de programe oferă unele forme de reformare a limitelor în tandem cu psihoterapia sau alte forme de tratament (de exemplu Schoener, 1999b; Spickard, Swiggart, Manley și Dodd, 2002). Drept rezultat, în majoritatea comunităților, opțiunile de intervenție au trecut dincolo de programele tradiționale concentrate pe dependență.

Profesioniști care încalcă sau eșuează în a menține limitele

Eșecul în a menține limite profesionale sau încălcarea limitelor poate să ia o multitudine de forme și se poate întâmpla dintr-o varietate și mai mare de motive. Aceasta poate să implice toate tipurile de supraimplicare cu clienții, incluzând contactul social în afara relației profesionale, implicarea terapeutului în viața clientului, violarea confidențialității, furia excesivă, contact fizic, jocurile romantice, discuții erotice și numeroase alte lucruri.

Bazată pe consultarea a peste 3.000 de cazuri, timp de un sfert de secol, și reluând literatura care include rapoarte de caz, următoarea listă reprezintă un număr de factori care au apărut destul de frecvent ca fiind semnificativi în experiența clinică sau raporturile de caz în *mai mult decât un grup restrâns de cazuri.*

1. *Formarea inadecvată.* Aceasta reflectă lipsuri în formare cu privire la limite sau o lacună specifică în formare referitoare la relațiile cu pacienții sau clienții.

2. *Formare defectuoasă pentru rolul specific al muncii.* Profesionistul poate să fi beneficiat de o formare bună, dar nu pentru rolul care a fost preluat. El sau ea poate fi copleșit/ă de cerințele muncii. Unii practicieni provenind din vaste cadre urbane au mari dificultăți în funcționare într-un cadru rural, unde se așteaptă ca ei să aibă o mai mare varietate de funcții. Ei pot să-și întâlnească, de asemenea, clienții sau pacienții mai frecvent în afara cabinetului de consultații.

3. *Descriere inadevată a rolului sau orientare slabă spre rolul de muncă.* Unii profesioniști dau de bucluc în situații în care lipsa definirii unei slujbe bune sau a rolului și lipsa de orientare și supervizare creează cadrul pentru situațiile compromițătoare. Acest lucru este în mod obișnuit văzut în cadrul bisericesc, dar este surprinzător de întâlnit și în cadrul serviciilor de sănătate.

4. *Lipsa sau eșecul în folosirea supervizării disponibile.* Unele situații de muncă duc lipsă de sprijinul de supervizare necesar pentru a ajuta personalul să gestioneze dificultățile și provocările. În timp ce în sine și de la sine acest lucru nu „cauzează" încălcarea limitelor, poate ajuta la crearea cadrului sau poate eșua să ofere o intervenție timpurie.

5. *Lipsa conștiinței transferului/contratransferului în general sau într-o situație dată.* Unii profesioniști nu sunt conștienți de ariile lor de vulnerabilitate și își pierd limitele cu anumiți clienți.

6. *Nevoia excesivă de aprobare a clientului.* Profesioniștii care sunt nesiguri și care vor face orice pentru a obține aprobarea clientului întâmpină o

mare dificultate în impunerea limitelor. Unii practicieni cu o practică foarte solidă vor experimenta perioade în viața lor, când pierderea de relații importante sau chiar problemele la lucru le vor submina stima de sine și îi vor conduce la o nevoie excesivă de aprobare din partea clientului.

7. *Naivitatea și lipsa unei bune judecăți sociale.* Unor profesioniști pare să le lipsească „inteligența socială" necesară pentru a fi un profesionist sau nu doresc să fie în rolul profesional. Ei neagă puterea diferențială și responsabilitatea care merg mână în mână cu rolul profesional și ar dori să funcționeze mai degrabă ca prieten. În unele cazuri severe, practicianul este diagnosticat chiar cu tulburarea Asperger.

8. *Perturbarea organică.* Deși nu este obișnuită, unii profesioniști sunt perturbați din cauza unei leziuni pe creier sau a altei perturbări organice. Tulburările organice ale unor practicieni seniori pot avea impact asupra profesionalismului lor. Astfel de perturbări pot repreznta o problemă care nu poate fi îndreptată prin supervizare.

9. *Judecata perturbată secundară dependenței de alcool.* Cei care abuzează de substanțe și alcool pot avea o judecată care este tulburată, dată fiind varietatea stărilor lor sau din pricina intoxicării.

10. *Psihopatologia.* Dincolo de psihopatologia inerentă în unele dintre categoriile anterioare, poate reieși că profesionistul are o tulburare de stare, gândire sau impulsul controlului.

11. *Nevoia emoțională și dependența.* Stima de sine scăzută și nevoile crescute de dependență, care conduc la nevoi de acceptare din partea clientului, pacientului sau a enoriașului, pe termen lung sau pe o bază cronică.

12. *Nevoia situațională sau tulburarea — „vindecătorul rănit".* Dată fiind o depresie situațională acută, o criză de viață sau alte probleme mai tranzitorii, un profesionist devine situațional în nevoie și riscând să încalce limitele.

13. *Profesionistul ca supererou.* Practicienii care își doresc să fie „perfecți" sau să facă totul pentru clienți, în mod ironic, pot începe să își asume riscuri în timp ce raționalizează faptul că este nevoie ca ei să încerce „orice" i-ar putea ajuta.

14. *Predare în fața clientului.* Așa cum în descrierea lui Gabbard (1994) a modului de a *se preda în mod masochist* practicianul are o istorie de a fi dominat în relații și în a se simți frustrat în aceasta, permite unui client să manipuleze și să domine, iar apoi este consumat de resentiment cu privire la aceasta. Din nou, această situație este adesea creată atunci când un client sau pacient este continuu rezistent la schimbare sau „vindecare".

Aceste categorii nu se exclud reciproc. În majoritatea cazurilor, acestea sunt multiplu determinate. Cheia constă în a determina care este modelul, dacă există unul, şi de ce s-a întâmplat. Trebuie menţionat, de asemenea, şi că mulţi dintre aceşti determinanţi *nu sunt elemente de tratament per se*, ci ar putea doar să fie relevante într-o decizie a unui terapeut care tratează privind recomandările de reîntoarcere la lucru.

Tratamentul profesioniştilor care încalcă limitele

Înaintea ultimei decade, conduita defectuoasă sexuală şi încălcările limitelor legate de acest aspect de către terapeuţi şi alţi profesionişti din domeniul sănătăţii erau adesea tratate cu o atitudine de toleranţă. Profesioniştii păcătoşi beneficiau de o disciplinare blândă şi se reîntorceau în practică, în acelaşi timp primind un gen de psihoterapie şi posibilă supervizare a muncii lor. Se presupunea adesea că incidentele nu aveau să se repete. În mod obişnuit, nu era făcută nici o evaluare pentru a determina potenţialul de reabilitare. Un număr de psihoterapeuţi erau aparent doritori să urmeze tratamentul unor astfel de cazuri, cunoscând doar limitat păcatele originale şi fără a avea un plan clar despre cum putea fi prevenită o repetare a comportamentului. Punctul central al unor astfel de terapii era orice dorea să aducă în discuţie profesionistul păcătos. Adesea, conducerii defectuoase profesionale nu i se acorda decât o mică atenţie sau deloc. Etiologia conducerii neprofesionale putea chiar să nu fie identificată. Profesioniştii erau adesea consideraţi „vindecaţi" după un curs al terapiei care se adresa în mod extins distresului şi/sau depresiei care era secundară faptului disciplinar.

Chiar şi atunci când o abordare mai ţintită era luată în planul unui efort de reabilitare, un angajator ulterior, o comisie de acreditare sau înregistrare ori un coleg putea submina planul. Este adesea întâlnit, chiar şi astăzi, de exemplu, ca unui practician să i se ceară să obţină un certificat de practică sub supervizare sau un tip foarte formal de supervizare, dar să nu fie în stare să facă acest lucru. Practicianul apelează atunci la autoritatea de autorizare sau reglatoare, care se înduplecă permiţând un nivel mai scăzut de formare sau supervizare. De exemplu, următorul caz a fost descris de către Bates şi Brodsky (1989, p. 80).

> Dar comisia nu a respectat primele cinci dispoziţii. Rezultatele evaluării psihologice dispuse prin prima dispoziţie nu ar fi acordat o speranţă de reabilitare foarte mare. A doua dispoziţie a trebuit să fie modificată:

> Dr. X nu a găsit nici o clinică beneficiind de un program de practică supervizată, care să îl admită... Ei au renunțat astfel la dispoziția de practică în clinică. În locul acesteia, au prezentat o cerință conform căreia dr. X trebuia să practice sub supervizarea unui psiholog licențiat timp de 2 ani sau un număr de cel puțin 1.500 de ore pe an.

În multe situații, în Statele Unite și în alte părți, comisiile de acreditare și reglatorii au creat planuri de reabilitare fără o evaluare independentă. Astfel, este dificil să judeci situațiile în care un anume fel de terapie și/sau reformare a fost prescris și a dat greș în prevenirea reapariției păcatului. Mai mult decât atât, în ultimii ani, corpurile de reglementare din America de Nord au experimentat „formarea limitelor" și cursuri de etică pentru a suplimenta sau a înlocui terapia personală pentru contravenienți (de exemplu Schoener, 1999a, 1999b). Dezbaterea valorii și eficienței acestei practici a devenit o problemă publică în povestea din *New York Times Magazine „Dr. Smith Goes to Sexual-Rehab School"* (*„Dr. Smith merge la școala de corecție sexuală"*) (Abraham, 1995).

Folosirea greșită a reabilitării

În timp ce ar putea părea rezonabil să considerăm că reabilitarea implică o încercare de domolire a condițiilor care au condus la comportamentul defectuos original, astfel încât probabilitatea de a repeta un astfel de comportament să fie în mare parte diminuată sau elimitată, termenul este adesea folosit pentru a exprima alte aspecte. S-a observat că realibilitarea, așa cum este ea uneori practicată, servește ca formă minoră de pedepsire, poate pentru a ispăși vina terapeutului contravenient și, poate, mai mult decât atât, a comitetului sau curții care l-a sancționat (Brodsky, 1986, p. 164). Noi folosim acest termen pentru a desemna o încercare plănuită de reîntoarcere a psihoterapeului la nivelurile anterioare de funcționare și competență și de diminuare sau eliminare a probabilității de avea un comportament defectuos, de a încălca limitele sau de a lucra sub standardele așteptate.

Abordări cognitiv-comportamentale

Până de curând a fost publicat foarte puțin despre lucrul extensiv cu profesioniștii care s-au angajat în comportamente sexuale defectuoase,

prin programele de tratament tradiționale ale contravenienților sexuale. În mod obișnuit, ei tind să se concentreze în evaluarea identificării tulburărilor de control al impulsului sexual, așa cum sunt prezentate în *DSM-IV*. De vreme ce unii profesioniști care au comis contravenienți asupra clienților nu dau dovadă de aceleași comportamente compulsive ca alți contravenienți din sfera sexuală, aceste programe iau în considerare circumstanțele comportamentale ale contravenienței, în efortul de a crea o strategie de reabilitare. Astfel, lucrul asupra problemei, cum ar fi cel al lui Abel și al colegilor, s-a concentrat pe dezvoltarea de abilități care să diminueze apariția, incluzând dezvoltarea de precauții în încercarea de a preveni profesionistul și de a nu se ajunge la o situație cu risc crescut din nou (Abel, Osborn și Warberg, 1995), paralel cu munca autorilor cu alte tipuri de contravenienți sexuali, dar extinzând-o considerabil (Abel și Osborn, 1999). Terapia cognitiv-comportamentală este utilizată, de asemenea, pe scară largă în tratamentul altor condiții care perturbă profesioniștii, de la depresie până la abuz de substanțe.

Terapia cognitiv-comportamentală a fost cercetată pe larg, deși aplicația ei asupra profesioniștilor care au comis contravenienți este mai recentă și necercetată îndeajuns. În mod obișnuit, o perioadă de evaluare și tratament intensiv este urmată de un program bine structurat de îngrijire, incluzând terapie cognitiv-comportamentală, reeducare și un accent sporit asupra prevenirii recidivelor. Uneori satisfacția unui client sau chestionarul de tip calitatea asigurării este dat pacienților pentru a încerca să se evalueze dacă încălcările limitelor continuă. Monitorizarea de către colegi și folosirea poligrafului sunt aspecte comune ale supravegherii posttratament în cazuri care implică comportamentul sexual defectuos.

Abordări psihodinamice

Cartea lui Strean (1993) *Therapists Who Have Sex with Their Patients: Treatment and Recovery* („Terapeuți care fac sex cu pacienții: Tratament și recuperare") prezintă studii de caz. Unul dintre cazuri implică un asistent social sadomasochist care le provoacă suferință fostelor paciente. Abordarea generală este psihodinamică și individualizată. Unul dintre cele trei cazuri implică un terapeut femeie. Claman (1987) și alții au prezentat, de asemenea, cazuri analizate dintr-o perspectivă dinamică sau psihanalitică. Gabbard (1999) a scris cel mai mult referitor la abordarea psihodinamică a acestor probleme.

Gabbard (1994), bazându-se pe o vastă experienţă în cadrul Menninger Clinic din Topeka, Kansas, cu contravenienţi, îi clasifică în patru grupuri: (1) tulburări psihotice; (2) psihopatia şi parafilia acaparatoare; (3) capitularea de tip masochist — „o capitulare" în faţa unui client provocator sau dificil, sperând să modifice clientul prin a fi flexibil în ceea ce priveşte limitele; (4) *bolnav din dragoste* — în cadrul categoriei „bolnav din dragoste" el menţionează un număr de probleme sau dinamici care, de unele singure sau combinate, joacă un rol în conducerea defectuoasă a terapiei. Eforturile de tratament sunt concentrate pe categoria „bolnav din dragoste", la fel ca şi pe cele din grupa „capitularea de tip masochist", care include terapeuţii cu tendinţe masochiste sau autodistructive care, în mod esenţial, le permit clienţilor să îi intimideze sau să îi controleze. Psihoticii şi acaparatorii nu sunt consideraţi subiecţi buni pentru reabilitare.

Dependenţa sexuală

O altă abordare de evaluare şi tratament a celor care încalcă limitele sexuale a rezultat din lucrul asupra dependenţei sexuale. Această literatură s-a extins rapid în ultimii ani (Irons şi Schneider, 1999). În timp ce programul de dependenţă sexuală obişnuit caută să identifice aspecte adictive sau compulsive ale comportamentului sexual şi clasifică o gamă foarte largă de indivizi în această categorie unică, o bază teoretică mai complexă este dezvoltată de Irons. Acest model presupune că unii profesionişti care se angajează în comportamente sexuale defectuoase nu au parafilie sau tulburări psihosexuale, aşa cum sunt acestea definite în *DSM-IV*. Modelul ia în considerare paralele cu incestul în astfel de relaţii şi leagă comportamentele manifestate de o încercare de a face faţă unor răni interioare. (Ei raportează un procentaj mare de victime ale abuzurilor printre profesioniştii pe care îi evaluează.) Ei descoperă în mod frecvent şi alte adicţii (Irons şi Schneider, 1999).

Extinzând abordarea adicţiilor, Irons prezintă un set de „categorii arhetipale" care sunt reminiscenţe ale unei abordări junghiene asupra personalităţii şi încearcă să le folosească pentru a descrie mai bine contravenienţii. Irons şi Schneider (1999) au descoperit următoarele, atunci când au aplicat aceste categorii asupra unui eşantion de 88 de profesionişti în sănătate exploatatori sexuali. Ei au descoperit procentaje diferite în cadrul fiecărui grup şi că procentajul din fiecare categorie a celor diagnosticaţi cu dependenţă sexuală a variat, de asemenea, în mod considerabil.

Prințul naiv — la începutul carierei, se simte invulnerabil, tinde să dezvolte „relații speciale" cu anumite tipuri de clienți și desconsideră limitele (7,9% din total, dar nici unul dintre dependenții de sex nu este prezent în această categorie).

Războinicul rănit — copleșit de cereri, prea dependent de fațada profesională pentru validare; implicarea răbdătoare este o scăpare temporară (21,6% din total, cu 37% din această categorie considerați a fi dependenți de sex).

Martirul autodeservit — mijlocul sau spre sfârșitul carierei; munca este principală; retras, furios și plin de resentimente (23,9% din total, cu 62% din această categorie considerați a fi dependenți de sex).

Falsul iubit — îi place să trăiască la limită, îi face plăcere „emoția urmăririi"; o persoană care își asumă riscuri și care dorește aventuri (19,3% din total, dintre care 94% sunt considerați dependenți de sex).

Regele negru — puternic și fermecător; plin de succes, manipulator; exploatare sexuală ca expresie a puterii (12,5% din eșantion, dar cu un indice de 91% din această categorie diagnosticați ca dependenți de sex).

Sălbaticul — curs dezordonat al vieții personale și profesionale; dificultăți semnificative în funcționare — are o tulburare majoră pe Axa I (14,8% din eșantionul total, cu doar 23% considerați a fi dependenți de sex).

Evaluările făcute folosind această abordare sunt evaluări ale pacienților spitalizați, în mare parte. Presupunerea este că intensitatea evaluării și a mediului va penetra negarea și alte apărări și va releva problemele esențiale. Această abordare poate fi utilizată cu o persoană rezistentă, care nu conștientizează pe deplin gradul de disfuncționalitate. Irons și Schneider au colaborat la o carte, *The Wounded Healer* („Vindecătorul rănit") (Irons și Schneider, 1999), care este rezumatul cel mai bun al acestei munci și al acestei abordări.

Caracteristici comune ale evaluărilor

În ciuda diferențelor substanțiale în abordare, reieșite din comparația cu evaluarea tradițională psihologică, fiecare dintre aceste metodologii de evaluare implică colectarea a mult mai multe date de fond de la persoane, altele decât persoanele evaluate. Fiecare implică obținerea și descrierea comportamentală a evenimentelor în chestiune și fiecare cere un mod bun de cooperare. Fiecare abordare recunoaște că unii contravenienți mint sau minimizează și, de asemenea, că unii vor căuta în aceste

evaluări încercarea de a evita consecințele. Fiecare crede că unii dintre contravenienți nu pot fi reabilitați și recunoaște nevoia de consiliere a unor persoane în afara domeniului.

Fiecare acordă o anumită atenție dinamicilor relației profesionale și asumă determinanți multipli în cazul obișnuit. Fiecare presupune că siguranța publică este o problemă-cheie și fiecare implică o decizie de diagnostic inițial, un plan de tratament, iar o evaluare eventuală după tratament este stabilită pentru a aprecia dacă a fost de succes.

Toate aceste abordări presupun că reformarea profesională de diferite feluri poate fi necesară și că abilitatea și problemele de formare pot fi la fel de importante ca și psihopatologia în anumite cazuri. Dar trimiterile de tip „automat" pentru reformare sau supervizare nu sunt mai folositoare decât trimiterile în terapie. Cineva trebuie să fie destul de specific în ceea ce privește deficiturile în abilități sau formare care sunt prezente și de ce se așteaptă ca un anumit curs de reformare să remedieze situația.

Fiecare implică folosirea supervizării și dezvoltarea unui plan de reintegrare cu limitări posibile ale practicii. Oricum, tot accentul este pus pe importanța definirii clare a supervizării. Este absolut necesar ca scopurile și cerințele sale să fie specificate în detaliu, iar consultarea de caz (împărtășirea voluntară a materialului clinic, adesea specificat „supervizare") să fie diferențiată de supervizarea reală, în care supervizorul este responsabilul legal pentru supravegherea practicii.

În ultimii ani, unele comisii de acreditare au considerat a fi cerință „consultația etică", implicând întâlniri regulate, adesea lunare, cu un „consultant în etică". Nu este clar ce se așteaptă să se împlinească, în sensul în care, în majoritatea cazurilor de comportamente defectuoase, nu era nicidecum vorba de o lipsă a înțelegerii standardelor etice profesionale. Am văzut cerându-se aceasta de la profesioniști care predau etică sau care fac parte din comitete etice și în situații când *cunoașterea eticii* nu avea cum să lipsească — aceasta se întâmplă în situații în care practicianul era complet conștient de ceea ce fusese încălcat. „Formarea limitelor" a fost, de asemenea, un aspect adăugat planurilor de reabilitare (Abraham, 1995), dar, din nou, acest lucru nu este clar legat de cauzele apariției comportamentelor defectuoase. Chiar și trimiterile pentru seminariile de etică, întâlnirile cu un consultant etic sau „formarea și antrenarea" limitelor ar trebui să își aibă propria justificare în rezultatele unei evaluări independente. Argumentarea în cazul trimiterilor nu este cu nimic mai prejos decât cea de care este nevoie pentru o trimitere în terapie.

Unicitatea psihoterapeuților

Există o literatură foarte valoroasă privind frecvența factorilor istorici variați din viețile psihoterapeuților, iar cei care îi tratează ar trebui să facă bine și să fie familiarizați cu ceea ce se cunoaște despre ei (de exemplu: Guy, 1987; Guy și alții, 1989; Pope și Tabachnick, 1994). Mare parte din ceea ce se cunoaște se referă la strategiile lor de autoîngrijire (de exemplu: Guy și Norcross, 1999; Mahoney, 1997). Mai puține lucruri se cunosc despre căsătoriile lor, deși există literatură considerabilă cu privire la căsătoriile medicilor (de exemplu: Myers, 1994; Sotile și Sotile, 2000a).

Ceea ce reprezintă însă aspectul cel mai special legat de oferirea de tratament unui psihoterapeut este potențialul de identificare proiectivă în forma fie a unuia, fie a ambelor, transfer și contratransfer. Gonsiorek (1989) a descris aceasta în terapia cu profesioniștii care s-au angajat în relații sexuale cu unul dintre clienții lor. Terapeutul a descris lucruri pe care el le face pentru a provoca tendința clientului de supraidentificare cu el prin, de exemplu, ridicarea unui punct teoretic asupra căruia el și clientul său este posibil să nu fie de acord.

Gabbard (1995) a scris despre problemele legate de transfer/contratransfer implicate în tratamentul profesioniștilor care au fost sancționați de comitetele de acreditare sau de către angajatori pentru încălcarea limitelor sexuale. El oferă următorul portret (p. 102).

> Dr. A. a venit la prima sa ședință de psihoterapie, după ce a fost trimis de o comisie de acreditare de stat. El a început ședința prin a mă întreba dacă este în regulă pentru mine ca el să mi se adreseze pe numele mic. I-am sugerat, dat fiind că eram într-o relație profesională, că ar fi mai potrivit dacă mi s-ar adresa spunându-mi dr. Gabbard. A acceptat cererea mea, dar a folosit de câteva ori în timpul ședinței numele meu mic, doar ca să se scuze după aceea.
>
> Pe parcursul terapiei, mi-a spus că auzise că scrisesem o carte pe acest subiect și m-a întrebat dacă putea să o împrumute pentru a citi despre problemele pe care le avea. M-a asigurat că mi-o va aduce înapoi în câteva săptămâni. I-am spus că nu aveam deloc dubii despre înapoierea cărții, dar, cu toate acestea, nu era o idee bună să îi împrumut cărți, pentru că, în primul rând, era o altă variantă a problemei limitelor profesionale care îi provocase dificultăți. A întrebat apoi dacă putea să cumpere una dintre cărți la prețul redus al autorului și să îmi dea banii. Din nou i-am spus că eu credeam că relațiile financiare dintre noi ar trebui limitate la plata ședinței.

Pe durata altei ședințe de terapie, în timp ce el descria cum se îndrăgostise de un pacient, mi-a spus că era conștient că toți terapeuții s-au simțit excitați sexual de anumiți pacienți și m-a întrebat dacă mie mi se întâmplase acest lucru. Am accentuat că psihoterapia era destinată lui și dificultăților lui de a gestiona dificultățile contratransferului, mai degrabă decât mie. Târziu, în terapie, dr. A. mi-a spus că s-a gândit că îi era mai bine și se întreba dacă puteam trece de la psihoterapie la supervizare. Am răspuns că eu simțeam că el avea nevoie de mine ca psihoterapeut și că erau alte persoane disponibile pentru supervizare.

Gabbard (1995) menționează că printre provocările de a oferi psihoterapie practicienilor care au încălcat limitele cu propriii clienți se numără lupta de a evita faptul de fi încadrați în anumite roluri, după cum urmează.

1. *Terapeutul ca polițist.* În măsura în care terapeutul este o extensie a comisiei de acreditare sau a activităților disciplinare ale unui angajator, poate exista o percepție, sau o deviere de la rol, ca fiind un disciplinator și un câine de pază.
2. *Terapeutul ca salvator și iertător.* Mulți profesioniști disciplinați vin la terapie într-o stare de traumă. Terapia poate fi văzută ca un loc al confesării și iertării. Faptul de a vedea profesionistul/clientul ca victimă, cel puțin parțial, este cu un pas mai aproape de fanteziile de salvare.
3. *Terapeutul ca părinte autoritar.* Mulți profesioniști care încalcă limitele trăiesc de foarte mult timp un resentiment al autorității și o notă de rebeliune care este ușor provocată în anumite cadre. În terapie, ei pot cauza un răspuns autoritar din partea terapeutului. În cazul celor care au o istorie autodistructivă și relații masochiste, ei pot să își plângă de milă lor înșile suficient de mult, astfel încât să determine frustrarea supervizorului conducând eventual la anumite interacțiuni punitive.
4. *Supervizorul ca obiect coruptibil.* Practicienii care au probleme în gestionarea limitelor în general vor provoca și limitele terapeutice. În măsura în care pot submina aceste limite, ei îi pot arăta că și terapeutul are probleme privind limitele.

Raportarea sarcinilor și a altor probleme etice/legale

Dacă profesionistul care este tratat este în probă, este probabil ca terapeutul să aibă responsabilități legate de întocmirea de rapoarte

implicând o comisie de acreditare sau un angajat. Intimitatea este întotdeauna limitată în aceste relații, lucru care îl poate tulbura atât pe profesionist/client, cât și pe terapeutul curator.

În cel puțin două jurisdicții, statul Minnesota și provincia Ontario, există responsabilități de raportare sub incidența legilor care elimină aspectul intimității clientului. În Ontario, raportarea comportamentului sexual defectuos de către profesioniștii în sănătate acreditați este obligatorie, chiar dacă informația a fost obținută doar dintr-o singură relație de tratament cu un practician contravenient. Acest lucru ar include o situație în care, în timpul psihoterapiei, un practician admite contravenientele nedescoperite de către comisia de reglementare (numit colegiu profesional în Canada).

În Minnesota, regulile sunt mai complicate. În cazul psihologilor acreditați, doar alți psihologi sunt împuterniciți ca raportori, existând și o excepție asigurată dacă informația a fost aflată în contextul unei relații profesionale cu psihologul care poate fi disciplinat. Oricum, în cazul altor profesioniști autorizați în psihoterapie, ei *și psihologii* au sarcina de a raporta orice comportament care poate conduce la o comisie disciplinară și nu există nici o excepție garantată dacă a fost aflată într-un context de psihoterapie. Singura variantă este că profesionistul în chestiune poate fi trimis într-un program pentru profesioniști în sănătate perturbați și el sau ea poate beneficia de tratament într-un tip de program de abatere, dacă aceasta este prima contravenientă.

Există o excepție de la orice sarcini de raportare în cazul unui profesionist beneficiind de tratament pentru abuz de substanțe sau alcoolism. Intimitatea unor astfel de conversații și înregistrări este acoperită de o lege federală și de Codul Reglementărilor Federale, capitolul 42, care îi face imuni chiar și la invaziunea unui mandat de percheziție. Doar un tribunal poate ordona ridicarea imunității lor. Oricum, psihoterapia obișnuită nu oferă o astfel de protecție (Brooks, 1997).

Este absolut esențial să fie definite toate limitele confidențialității înaintea începerii fie a evaluării, fie a tratamentului. Terapeutul trebuie să formuleze situații ipotetice, cum ar fi unele în care el consideră că siguranța clientului poate fi la risc. Acest lucru pătrunde dincolo de problemele de rutină legate de dezvăluirea (1) sarcinilor de raportare; (2) oricăror raportări cerute de angajator sau comisie, sau (3) a faptului că un ordin al tribunalului poate deschide dosarele, în ciuda obiecțiilor clientului.

Dincolo de complexitatea acestor sarcini stă o altă provocare — aceea a cât de etic poate fi gestionată o situație în care consideri că unii clienți

ar putea fi supuși riscului. Aceasta poate fi o problemă în timpul psihoterapiei și, de asemenea, atunci când este formulată concluzia în momentul când sunt așteptate recomandările. Criza atât de mult mediatizată din 2002 cu privire la reîntoarcerea preoților care au abuzat de copii a ajutat la crearea unei dezbateri naționale despre responsabilitățile programelor speciale care evaluează și tratează preoțimea perturbată (de exemplu: Investigative Staff of the Boston Globe, 2002). În ce circumstanțe ar putea un terapeut curant să fie tras la răspundere pentru răul făcut, în timpul sau după tratamentul unui profesionist perturbat? Cititorul este trimis la niște discuții folositoare, care au concluzionat, pe scurt, că ar putea exista o anumită responsabilitate în cazul unor anumite situații factuale (de exemplu: Bisbing, Jorgenson și Sutherland, 1995; Jorgenson, 1995).

Reîntoarcerea în practică

În timp ce comisia de acreditare sau angajatorul face ultima precizare cu privire la reîntoarcerea în practică și la ce limite sau supervizare sunt necesare, terapeutul curator face în mod normal o recomandare-cheie. Majoritatea psihoterapeuților nu au experiență în ceea ce privește acest fel de recomandări de „reîntoarcere la lucru". Pentru a răspunde unei astfel de cerințe, este necesar să aibă o imagine clară asupra locului de muncă, clientelei și sarcinilor clientului/profesionistului și să înțeleagă ceea ce reclamă în mod real munca sa. Dacă terapia este pur voluntară și nu este parte a unei intervenții disciplinare, terapeutul poate doar să încerce să antreneze sau să convingă clientul să își exerseze buna judecată și să își limiteze voluntar munca la arii în care este posibilă o practică sigură.

Atunci când psihoterapia este parte a unui plan de reabilitare, este posibil ca terapeutului să i se ceară să stabilească dacă ansamblul de scopuri a fost îndeplinit. Acest lucru poate fi făcut de un evaluator, incluzându-l pe evaluatorul original. Este important să reamintim că, și atunci când profesionistul se dovedește a fi un client cooperant, există un număr de rezultate posibile, după cum urmează.

1. Profesionistul este de acord cu reabilitarea, dar apoi se răzgândește și încearcă să ceară să i se schimbe cerințele de către comisia de acreditare sau de către angajator.
2. Profesionistul începe psihoterapia, dar spune că el sau ea a terminat prematur și se retrage.

3. Profesionistul devine dezamăgit de domeniu în timpul psihoterapiei și cere consiliere vocațională în alt domeniu de activitate.
4. Profesionistul face schimbări considerabile, dar nu îndeajuns pentru a fi considerat un practician sigur. O variantă a acesteia este ca el sau ea să fie sigur/ă într-o muncă diferită, cu un nivel diferit de supervizare, dar nu în munca pe care el sau ea o are.
5. Tratamentul nu are succes — fie pentru că problemele nu sunt rezolvate, fie pentru că unele nou identificate clarifică faptul că nu este posibilă o practică sigură.

Cu siguranță că una dintre problemele implicând chestiuni de reîntoarcere în practică este abilitatea de a menține bunăstarea practicianului — o problemă beneficiind de o atenție considerabilă în literatura de specialitate (de exemplu: Norcross, 2000; Sotile și Sotile, 2000b) și în presa populară (de exemplu: Abramson, 1995; Wendling, 1999). În ceea ce privește abilitatea de a menține limitele profesionale, există o literatură în dezvoltare pe care terapeutul curant are nevoie să o stăpânească, de vreme ce este posibil să reprezinte o problemă la un anumit punct al terapiei, cu oricare dintre profesioniștii perturbați (de exemplu: Epstein, 1994; Gabbard și Lester, 1995; Pope, Sonne și Holroyd, 1993).

Concluzie

În ultimele câteva decenii, conceptul de *profesionist perturbat* a fost extins de domeniile psihoterapiei pentru a ajunge mult dincolo de conceptul original de abuz de substanțe din partea profesionistului în sănătate. În timp ce alcoolismul și abuzul de substanțe sunt încă pericole în toate domeniile sănătății, accentul s-a extins asupra unei varietăți de alte tulburări, incluzând tulburările de stare și alte probleme personale care pot să intervină în munca practicianului.

Deși programele structurale și unele grupuri de sprijin specializate pot servi uneori ca asistență, mulți dintre profesioniștii în psihoterapie perturbați sunt tratați ca pacienți externi, mai degrabă decât în cadrul unui program specializat. Aceia care inițiază o astfel de muncă este nevoie să se familiarizeze cu cunoștințele în continuă dezvoltare despre psihoterapia profesioniștilor și despre cum funcționează aceștia.

Mai mult decât atât, conceptul a fost aplicat și profesioniștilor care intră în atenția unei comisii reglatorii sau a unui angajator din cauza problemelor din munca lor, incluzând, dar nefiind limitate la, încălcările limitelor în relația cu anumiți clienți. În timp ce calitatea serviciilor oferite

clienților și siguranța acestora sunt periclitate de tot felul de perturbări, a devenit din ce în ce mai clar că psihoterapia profesioniștilor perturbați trebuie făcută în contextul sarcinilor etice și posibil legale față de comunitate în sens larg.

Rămânând în același cadru, este esențial ca psihoterapeutul să recunoască faptul că o recomandare privind întoarcerea sa la lucru, sau orice nivel de muncă și supervizare, trebuie să fie informată de o cunoaștere mai detaliată asupra muncii în sine și asupra locului de muncă al profesionistului/clientului. Acest rol și această sarcină sunt unele care pot fi nefamiliare multor terapeuți.

Bibliografie:

Abel, G. și Osborn, C., „Cognitive-behavioral treatment of professional sexual misconduct" în J. Bloom, C. Nadelson și M. Notman (editori), *Physician missconduct*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1999, p. 225-246

Abel, G. Osborn, C. și Warberg, B., „Cognitive-behavioral treatment for professional sexual misconduct" în *Psychiatric Annals*, 25, 1995, p. 106-112

Abraham, L., „Dr. Smith goes to sexual-rehab school" în *New York Times Magazine*, 5 Noiembrie 1995, p. 44-49

Barnett, J. și Hillard, D., „Psychologists distress and impairment: The availabilty, nature and use of colleague assistance programs for psychologists" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 2001, p. 205-210

Bates, C. și Brodsky, A., *Sex in the therapy hour*, Guilford, New York, 1989

Bennett, J. și O'Donovan, D., „Substance misuse by doctors, nurses and other health care workers" în *Current Optinion in Psychiatry*, 14, 2001, p. 195-199

Bisbing, S., Jorgenson, L. și Sutherland, P., *Sexual abuse by professionals: A legal guide*, (cu suplimentele din 1997 și 1999), Michie, Charlottesville VA, 1995

Bissell, L. și Haberman, P.W., *Alcoholism in the professions*, Oxford University Press, New York, 1984

Bloom, J., Nadelson, C. și Notman, M., *Physician sexual misconduct*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1999

Borys, D., „Dual relationships between therapist and client: A national survey of clinicians' attitudes and practices" în lucrare de doctorat nepublicată, Los Angeles, University of California, 1988

Brodie, J. și Robinson, B., „MPA distressed/imaired psychologists surey: Overview and results" în *Minnesota Psychologist*, 40, Iulie 1991, p. 7-10

Brodsky, A., „The distressed psychologist: Sexual intimacies and exploitation" în R.R. Kilburg, P. Nathan şi R. Thoreson (editori), *Professionals in distress: Issues syndromes and solutions in psychology*, American Psychological Association, Washington D.C., 1986, p. 153-171

Brooks, M., „Legal aspects of confidentiality" în J. Lowinson, P. Ruiz, R. Millman şi J. Langrod (editori), *Substance abuse: A comprehensive texbook*, ediţia a treia, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997, p. 884-899

Claman, J.M., „Mirror hunger in the psychodynamics of sexually abusing therapists" în *American Journal of Psychoanalysis*, 47, 1987, p. 25-40

Coombs, R.H., „Addicted health professionals", *Journal of Substance Misuse*, 1, 1996, p. 187-194

Coombs, R.H., *Drug impaired professionals*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1997

Crosby, L.R. şi Bissell, L., *To care enough: Interventions with chemically dependent colleagues*, Johnson Institute Books, Minneapolis MN, 1989

Epstein, R.S., *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1994

Fewell, C.H., King, B.L. şi Weinstein, D.L., „Alcohol and other drug abuse among social work colleagues and their families: Impact on practice" în *Social Work*, 38, 1993, p. 567-570

Floyd, M., Myszka, M.T. şi Orr, P., „Licensed psychologists' knowledge and utilization of a state association colleague assistance program" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 1998, p. 594-598

Forrest, L., Elman, N. Gizara, S. şi Vacha-Hasse, T., „Trainee impairment: A review of identification, remediation, dismissal, and legal issues" în *Counseling Psychologist*, 27, 1999, p. 627-686

Gabbard, G., „Sexual misconduct", Oldham şi M. Riba (editori), *Review of psychiatry*, vol. 13, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994, p. 433-456

Gabbard, G., „Transference and countertransference in the psychotherapy of therapists charged with sexual misconduct" în *Psychiatirc Annals*, 25, 1995, p. 100-105

Gabbard, G., „Psychodynamic approaches to physician sexual misconduct" în J. Bloom, C. Nadelson şi Notman (editori), *Physician sexual misconduct*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1999, p. 205-223

Gabbard, G. şi Lester, E., *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1995

Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M., Localio, R. şi Schoener, G., „Sexual abuse of patiens by therapists: Strategies for offender management and rehabilitation" în R.D. Miller (editor), *Legal implications of hospital policies and practicies*, Jossey Bass, San Francisco, 1989, p. 55-66

Gonsiorek, J., „Working therapeutically with therapists who have become sexually involved with clients" în G. Schoener, J. Milgrom, J. Gonsiorek, E. Luepker şi R. Conroe, *Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention*, Walk-In Counseling Center, Minneapolis MN, 1989, p. 421-433

Consiorek, J. (editor), *Breach of trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy*, Sage, Thousand Oaks CA, 1995

Gonsiorek, J. şi Schoener, G., „Assessment and evaluation of therapists who sexually expoit clients" în *Professional practice of Psychology*, 8, 1987, p. 79-93

Grosskurth, P., *The secret ring: Freud's inner circle and the politics of pschoanalysis*, Addison-Wesley, Reading MA, 1991

Guy, J., *The personal life of the therapist*, Wiley, New York, 1987

Guy, J. şi Norcross, J., „Therapist self-care checklist" în G. Koocher, J. Norcross şi S. Hill III (editori), *Psychologists' desk reference*, Oxford University Press, New York, 1999, p. 387-392

Investigative Staff of the Boston Globe, *Betrayal: The crisis in the Catholic Churck*, Brown, Boston: Little, 2002

Irons, R. şi Schneider, J., *The wounded healer: An addiction-sensitive approach to the sexually exploitive professional*, Aronson, Northvale NJ, 1999

Jehu, D., *Patients as victims: Sexual abuse in psychotherapy and counseling*, Wiley, Chichester UK, 1994

Jorgenson, L., „Rehabilitating sexually exploitive therapists: A risk management perspective" în *Psychiatric Annals*, 25, 1995, p. 118-122

Kaslow, F., *Psychotherpay with psychotherapists*, Haworth Press, New York, 1984

Kerr, J., *A most dangerous method: The story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein*, Knopf, New York, 1993

Kilburg, R., Nathan, P. şi Thoreson, R., *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*, American Psychological Association, Washington D.C., 1986

Lamb, D. şi Catanzaro, S., „Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 1998, p. 498-503

Mahoney, M.J., „Psychotherapists' personal problems and self-care paterns" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 1997, p. 14-16

Milgrom, J., *Boundaries in professional relationships: A training manual*, Walk-In Counseling Center, Minneapolis MN, 1992

Mukherjee, A., „MPA distressed/impaired psychologists survey: Summary of responses to open-ended questions" în *Minnesota Psychologist*, 40, 1991, p. 10-12

Myers, M., *Doctor's marriages: A look at the problems and their solutions*, Plenum, New York, 1994

Nace, E.P., *Achievement and addiction: A guide to the treatment of professionals*, Brunner/Mazel, New York, 1995

Negreen, S.E., *A chapter guide on colleague assistance for impaired social workers*, National Association of Social Workers, Washington D.C., 1995

Norcross, J., „Psychologists self-care: Practitioner-tested, research-infromed strategies" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 2000, p. 710-713

Pope, K., Sonne, J. şi Holroyd, J., *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training*, American Psychological Association, Washington D.C., 1993

Pope, K. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-258

Reamer, F.G., „The impaired social worker" în *Social Work*, 37, 1992, p. 165-170

Schoener, G., „Practicing what we preach" în *Counseling Psychogists*, 27, 1999a, p. 693-701

Schoener, G., „Preventive and remedial boundaries training for helping professionals and clergy: Successful approaches and useful tools" în *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 1999b, p. 209-217

Schoener, G., Milgrom, J., Gonsiorek, J. Luepker, E. şi Conroe, R., *Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention*, Walk-In Counseling Center, Minneapolis MN, 1989

Schwebel, M., Skorina, J. şi Schoener, G., *Assisting impaired psychologists: Program development for state psychological associations*, American Psychological Association, Washington D.C., 1991

Schwebel, M., Skorina, J. şi Schoener, G., *Assisting imapired psychologists-Revised edition: Program development for state psychological associations*, American Psychological Association, Washington D.C., 1994

Sherman, M.D., „Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists" în *Clinical Psychology Review*, 16, 1996, p. 199-315

Sherman, M.D. şi Thelen, M.H., „Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 1998, p. 79-85

Skorina, J., Bissell, L.C. şi De Soto, C.B., „The alcoholic psychologist: Routes to recovery" în *Professional Psychogy: Research and Practice*, 2, 1990, p. 348-351

Sotile, W. şi Sotile, M., *The medical marriage*, American Medical Assn., Chicago, 2000a

Sotile, W. şi Sotile, M., *The resilient psysician*, American Medical Assn., Chicago, 2000b

Spickard, A., Swiggart, W., Manley, G. și Dodd, D., „A continuing education course for physicians who cross sexual boundaries" în *Sexual Addiction and Compulsivity*, 9, 2002, p. 33-42

Strean, H., *Therapists who have sex with their patients*, Brunner/Mazel, New York, 1993

Thoreson, R.W., Miller, M. și Krauskopf, C.J., „The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 1989, p. 153-158

Thoreson, R., Nathan, P., Skorina, J.K. și Kilburg, R., „The alcoholic psychologist: Issues, problems, and implications for the profession" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 1983, p. 670-684

Wending, T., „When psychologists cross the line" în *Cleveland Plain Dealer*, Decembrie 1999

Rezultate ale cercetării: Acordarea de terapie personală altor terapeuți

Capitolul 25

Cercetare asupra conducerii psihoterapiei cu profesioniști în sănătatea mintală

de Jesse D. Geller, John C. Norcross și David E. Orlinsky

Acest capitol are două scopuri esențiale. Primul este acela de a prezenta o revizuire a cercetării, favorabilă practicii, pe baza unor întrebări fundamentale cum ar fi: Cât de frecvent tratează psihoterapeuții alți psihoterapeuți? Care sunt caracteristicile acestor terapeuți-pacienți? Cine sunt terapeuții terapeuților? Ce modalități de tratament sunt oferite în mod obișnuit? Ce distinge tratamentul profesioniștilor în sănătatea mintală de cel al persoanelor nespecializate? Al doilea scop este cel de a contribui la dezvoltarea unui corp organizat de cunoștințe care poate ghida în mod eficient munca terapeuților care sunt terapeuți ai colegilor profesioniști în sănătatea mintală.

Doar o mică parte dintre terapeuți au scris despre experiențele lor de conducere a terapiei cu terapeuți colegi. Aceștia au provenit în mare parte din cadrul psihodinamic și psihanalitic (de exemplu: Berman, 1995; Bridges, 1993, 1995; Burton, 1973; Fleischer și Wissler, 1985; Freudenberger, 1986; Gabbard, 1995; Glickauf-Hughes și Melman, 1995; pentru o excepție, vezi Kaslow, 1984). Lucrările lor profunde converg spre următoarele generalizări. În primul rând, toate împărtășesc aceeași perspectivă conform căreia tratarea colegilor este extrem de dificilă, chiar și pentru clinicienii experimentați. În al doilea rând, fiecare autor a mărturisit că există într-adevăr aspecte idiosincrasice și considerații speciale în tratarea psihoterapeuților. În al treilea rând, dilemele clinice specifice psihoterapiei psihoterapeuților tind să derive din surse interconectate — presiuni neobișnuite în a menține limitele terapeutice, confruntări cu sentimente contratransferențiale intense și dificultăți legate de recunoașterea și gestionarea problemelor legate de identificare.

În ciuda importanței clinice, educaționale și teoretice a acestor provocări, doar o atenție restrânsă a fost acordată experienței conducerii

terapiei cu terapeuți și terapeuți în formare. De fapt, excluzând cercetarea devotată în mod excepțional analizelor de formare sau analizelor personale ale candidaților psihanalitici (vezi Curtis și Mazier, capitolul 26), cele două studii empirice revăzute și integrate în acest capitol sunt singurele pe care le-am găsit și care au investigat sistematic psihoterapia terapeuților-pacienți.

Procedurile, participanții și instrumentația la care ne vom referi ca studii SPR și Divizia 29 sunt detaliate în rapoartele anterioare (Norcross, Geller și Kurzawa, 2000, 2001; Orlinsky și alții, 1999). În cele ce urmează, vor fi prezentate schemele caracteristicilor metodologice ale fiecărui studiu.

Proiectul SPR

În cursul ultimului deceniu, SPR Collaborative Research Network (Rețeaua Colaborativă de Cercetare SPR) (Orlinsky și Rønnestad, în presă) a condus un studiu internațional asupra dezvoltării psihoterapeuților. Până la momentul actual, peste 5.000 de terapeuți din țări diferite, profesii diferite, orientări teoretice variate și toate stadiile de carieră, de la novici la seniori, și-au autoadministrat măsura de bază — Development of Psychotherapists' Common Core Questionnaire (DPCCQ) (Chestionar privind Elementele Comune în Dezvoltarea Psihoterapeuților). În acest capitol ne vom concentra în primul rând asupra răspunsului respondenților la întrebarea: „Câți alți terapeuți v-au căutat pentru a le acorda terapie?" și asupra cotațiilor a cum s-au perceput pe ei înșiși în relație cu pacienții, cât de frecvent au experimentat dificultăți de diverse tipuri în tratarea pacienților, precum și asupra strategiilor de gestionare pe care le-au folosit atunci când s-au ivit dificultățile.

Proiectul Divizia 29

Studiul lui Norcross, Geller și Kurzawa (2000, 2001) a fost desemnat să răspundă la următoarele întrebări:

- Cred psihoterapeuții că anumite aspecte ale procesului terapiei sunt mai mult sau mai puțin specifice lucrului cu pacienții care sunt la rândul lor terapeuți?
- Există anumiți stresori și anumite satisfacții asociate acestei munci?

- Ce sfat le-ar da psihoterapeuții colegilor lor pentru a-i ajuta să își conducă terapia cu terapeuții-pacienți mai eficient?
- Le influențează istoriile personală și profesională ale psihoterapeuților maniera în care își tratează colegii profesioniști în sănătatea mintală?
- Există vreo diferență între terapeuții care tratează un număr mare de colegi profesioniști în sănătatea mintală și cei care tratează un număr mai mic de colegi?
- Care sunt corelațiile de identificare a propriei persoane ca terapeut pentru treapeuți?

Am construit un chestionar urmând a fi autoadministrat, incluzând scalele lui Likert și întrebări cu răspuns deschis vizând ariile de investigare. O secțiune a chestionarului a avut în vedere profesioniștii în sănătate mintală văzuți de respondent în termeni de statut al carierei, sex, disciplină profesională, orientare teoretică, sursa trimiterii și modalitate de terapie implementată. Într-o altă secțiune, li s-a cerut psihoterapeuților să coteze măsura în care au folosit 78 de practici clinice la fel, mai mult sau mai puțin cu psihoterapeuții decât cu persoanele nespecializate în sănătatea mintală de inteligență, statut socio-economic și diagnostic comparabile. Întrebările au fost împărțite în șase domenii. Formatele de tratament (9 itemi), stilul terapeutic (14 itemi) în termenii a patru dimensiuni, bazate pe rezultatele derivate factorial ale lui Orkinsky și alții (1999); procesul terapiei (31 itemi); experiența subiectivă a terapeuților, incluzându-le pe cele la care se face referire în mod obișnuit ca reacții contratransferențiale (17 itemi); procesul de terminare (3 itemi) și contacte postterapeutice (4 itemi). Doi itemi reflectând distincția dintre eliberarea de simptom și sporirea autoînțelegerii au fost folosiți pentru a asigura rezultatul tratamentului. Cotațiile itemilor au fost făcute pe un format tip Likert de cinci puncte (1 = mult mai puțin frecvent în cazul psihoterapeuților, 3 = cu aceeași frecvență în cazul psihoterapeuților, 5 = mult mai frecvent în cazul psihoterapeuților).

Chestionarul se încheie cu două întrebări deschise. Psihoterapeuților li s-a cerut să numească stresorul cel mai important în cazul lor și cea mai importantă satisfacție pe care o obțin din conducerea psihoterapiei cu psihoterapeuți, într-un format de răspuns liber. În ultima secțiune a chestionarului, a trebuit ca psihoterapeuții să ofere „două sfaturi scurte pentru colegii psihoterapeuți pentru a-i ajuta să conducă o psihoterapie eficientă cu psihoterapeuții".

Chestionarul a fost trimis prin poștă la 1.000 de membri și colegi din APA's Division of Psychotherapy (Divizia de Psihoterapie a APA)

selectați la întâmplare. În total au răspuns 349, cu o rată totală de răspuns de 35%, dintre care 328 ne-au pus la dispoziție chestionare valide, o rată de retur funcțională de 33%. Eșantionul a fost reprezentativ pentru întreaga Divizie de Psihoterapie cu privire la statutul de membru în organizație, sex, etnie/fond rasial, vârstă, cel mai înalt grad academic și arie geografică. Eșantionul a fost alcătuit în mare parte din terapeuți experimentați. Numărul mediu de ani de experiență clinică a fost de 20 (abatere standard = 10). Respondentul modal a fost o persoană de vârstă medie, doctor, psiholog, care conduce terapie în cadrul practicii private.

Prevalența conducerii terapiei cu profesioniști în sănătatea mintală

În ambele studii, o problemă a cercetării a fost identificarea a numărului de terapeuți care au oferit terapie personală altor terapeuți. În studiul Divizia 29, psihologii au estimat procentajul clienților în psihoterapie, profesioniști în sănătatea mintală, din timpul ultimilor trei ani, definiți ca profesioniști la nivel de masterat sau doctorat sau pe cei în formare pentru psihoterapie. 27% au estimat că între 1 și 5% din cazuistica lor a constat din profesioniști în sănătatea mintală și profesioniști în formare. 15 și 14% au estimat 5 și respectiv 10%. 17% au estimat că peste 10% dintre clienții lor în psihoterapie au fost profesioniști în sănătatea mintală sau profesioniști în formare. Restul de 26% au raportat că nu trataseră nici un profesionist în sănătatea mintală în acest timp. Mediana rezultată a fost de 3%, iar media de 7% (abaterea standard = 9,4).

În studiul SPR, aproximativ jumătate dintre cei 5.000 de terapeuți au raportat faptul de a fi avut cel puțin un pacient psihoterapeut. Cel mai mare grup al celor care au tratat alți terapeuți în cadrul studiului SPR a raportat faptul de a fi tratat doar între 1 și 3 terapeuți. 14% au raportat că au tratat peste 15.

Aceste rezultate reprezintă proporții surprinzător de mari și apar prin contrast cu liniștea enigmatică din jurul psihoterapiei cu psihoterapeuți. Ce altă populație de clienți în psihoterapie cuprinzând o proporție atât de impresionantă a muncii cotidiene a terapeuților a fost atât de neglijată în literatură, precum și în training? Gabbard (1995) descrie această stare a lucrurilor drept o „cale nefericită".

Aceste rezultate trebuie luate în considerare, dat fiind că profesia gândește prin astfel de probleme de politică, precum: în ce fel ne asigurăm că serviciile oferite terapeuților-pacienți îndeplinesc cerințele etice

ale muncii în cadrul ariei de competență? Califică automat o persoană cu o competență solidă în lucrul cu adulții pacienți-nonterapeuți să trateze terapeuți-pacienți?

Profesioniștii în sănătatea mintală primesc rar o formare solidă și supervizare în tratarea colegilor profesioniști în sănătatea mintală. Într-un fel, nu este nici surprinzător și nici tulburător, de vreme ce educația nu se concentrează asupra tratării nici unui grup ocupațional particular. În altă ordine de idei, oricum, nu este clar când este potrivit din punct de vedere etic și profesional pentru un profesionist în sănătatea mintală să accepte responsabilitatea tratării unui coleg în absența unei formări specifice sau a unei supervizări.

Caracteristicile psihoterapeuților-pacienți

Practic, toți terapeuții-pacienți în studiul Divizia 29 au fost voluntari și autorecomandați; 75% dintre respondenți au indicat că în mod esențial toată cazuistica terapeuților lor a fost voluntară. Mediana a fost 100% și media de 88% (abaterea standard = 26). O medie de 7% (abaterea standard = 18,2; mediana = 0) dintre terapeuții-pacienți au fost puternic încurajați, dar nu li s-a cerut prin programele de formare, comitetele de acreditare sau organizațiile profesionale să beneficieze de tratament. Foarte puțini (media = 4%, abaterea standard = 16, mediana = 0) au fost trimiși în tratament personal.

Statutul carierei propriilor pacienți în terapie a variat mult — 26% dintre profesioniștii în sănătatea mintală erau, în medie, în formare, 39% erau la începutul carierei și 29% erau la mijlocul carierei sau la sfârșit de carieră. Mult mai puțin se cunoaște despre contribuția terapiei personale în dezvoltarea terapeuților experimentați decât în a celor care sunt la începutul carierei lor. Majoritatea terapeuților-pacienți s-a constituit din psihologi colegi (37%) și asistenți sociali (29%). Terapeuții consilieri și psihiatrii au reprezentat majoritatea restului clienților. Orientările teoretice predominante îmbrățișate de acești profesioniști în sănătatea mintală au fost eclectic-integrativă (25%), psihodinamic-psihanalitică (24%) și cognitiv-comportamentală (23%).

Parametrii terapiei personale

În termeni de procentaje ale psihoterapiei dedicate diverselor formate, respondenții din studiul Divizia 29 au indicat că terapia individuală a

reprezentat regula în ceea ce îi privește pe profesioniștii în sănătatea mintală. În total, 85% din timpul alocat tratamentului a constat din terapie individuală (abatere standard = 22); de fapt, 64% dintre respondenții psihologi au relatat că, în principal, au condus numai terapie individuală cu profesioniștii în sănătate mintală, în decursul ultimilor 3 ani. Sub 10% au oferit terapie profesioniștilor în sănătatea mintală în contextul terapiei de cuplu și familie. Terapia de grup (3,6%) și terapia de cuplu/familie (9,7%) au fost relativ rare.

Identificarea terapeuților terapeuților

Una este să tratezi profesioniști în sănătatea mintală rar sau ocazional și cu totul altceva este să fii cunoscut ca „terapeut pentru terapeuți". Dobândirea acestui rol și a acestei identități desemnează un anumit statut clinicianului. În plus, sunt atașate anumite așteptări și sensuri acestei identități atât de către pacienți, cât și de către terapeuți. De exemplu, terapeuții terapeuților devin automat modele de rol, influențând puternic și implicit modul în care terapeuții-pacienți, în special cei care sunt în formare, se conduc pe sine ca practicieni.

Se pot folosi strategii diferite de identificare a terapeuților terapeuților. În studiul Divizia 29, terapeuții terapeuților au fost identificați pe baza autocaracterizării. Practicienii s-au cotat pe ei înșiși pe o scală de 5 puncte tip Likert, pe baza gradului în care se consideră pe ei înșiși „terapeutul terapeutului" (1 = da, cu siguranță; 5 = cu siguranță nu). 16% au răspuns că se consideră cu siguranță terapeut al terapeuților, 25% au răspuns prin probabil, 26% au răspuns probabil că nu, iar 6% au răspuns prin cu siguranță nu. Date fiind scopurile studiului, doar cei care au răspuns „cu siguranță da" au fost clasificați ca terapeuți ai terapeuților. Congruent cu autodesemnarea lor, acești terapeuți ai terapeuților au raportat tratarea a aproape dublul numărului de colegi terapeuți în cazuisticile lor, comparativ cu ceilalți respondenți (m = 14,2% vs 7,3%).

În studiul SPR, eșantionul de terapeuți ai terapeuților a fost identificat pe baza estimărilor lor a numărului de alți terapeuți care i-au căutat în vederea beneficierii de terapie personală. Pentru a examina caracteristicile descriptive și practicile clinice ale terapeuților terapeuților în studiul SPR, Orlinsky și colegii lui au format trei grupe de terapeuți (foarte experimentați) „seniori", cei 27 (sau 27%) care au tratat mulți alți terapeuți (16–25+), cei 218 (47%) care au tratat câțiva alți terapeuți (4–15) și cei 120 (sau 26%) care nu au tratat pe nici unul sau foarte puțini terapeuți.

Caracteristici ale terapeuților terapeuților

În studiul SPR, fiecare dintre aceste grupuri de comparație a avut o medie de peste 30 de ani de practică, având o vârstă de aproximativ 60 de ani. Chiar la acest cel mai înalt nivel de seniorat, cei care erau mai predispuși la a fi tratat alți terapeuți aveau puțin peste doi ani în plus de experiență și erau puțin peste doi ani mai în vârstă decât seniorii care trataseră puțini sau nici un terapeut. De fapt, o analiză regresivă multiplă în trepte a indicat că nivelul de experiență al unui terapeut, măsurat doar prin numărul de ani în practica terapeutică, este de departe cel mai important predictor al numărului de terapeuți-pacienți tratați, fiind singurul care contează pentru aproape 27% din varianța totală și 87% a varianței estimate. Excluzând variația care s-ar putea atribui nivelului de experiență, următorul predictor ca importanță al experienței ca terapeut al terapeutului a fost numărul de ore pe săptămână în practica privată.

Cei care erau mai specializați ca terapeuți ai terapeuților tindeau să fie mai puternic influențați de teorii umaniste ale psihoterapiei. Terapeuții și-au indicat orientarea teoretică pe DPCCQ, cotând importanța măsurii în care practica lor a fost influențată de fiecare dintre următoarele, fiind posibilă cotarea multiplă: analitică/psihodinamică, comportamentală, cognitivă, umanistă, sistemică și „alta". Majoritatea terapeuților au cotat faptul de a fi fost influențați în grade diferite de combinații de orientări.

O reanalizare a bazei de date SPR pentru cel mai mare număr de subeșantioane naționale (Statele Unite, Norvegia, Germania și Coreea de Sud) a avut rezultate similare. În fiecare subeșantion, tratarea a mai multor terapeuți-pacienți era semnificativ corelată cu o orientare mai umanistă, cu o experiență îndelungată și o practică privată mai extinsă.

În studiul Divizia 29, psihologii care au raportat că 10% sau peste din cazuistica lor erau profesioniști în sănătatea mintală (31% din eșantion) au fost comparați cu cei care au raportat 9% sau mai puțin. Și aici, procentajul de profesioniști în sănătatea mintală tratați în ultimii trei ani a avut o relație semnificativă cu anii de experiență clinică. Psihologii care, de obicei, tratau colegi terapeuți aveau o experiență clinică semnificativ mai mare (M de 23 vs 19 ani). În plus, era mai posibil ca aceștia să fie colegi în APA (58% de colegi vs 29% de membri) și în mod semnificativ mai posibil să fie angajați în departamente universitare (56%) sau școli de medicină (50%) decât în alte instituții cu cei care au raportat tratarea a puțini alți terapeuți.

Autodesemnarea ca terapeut al terapeuților aduce cu sine și o relație semnificativă cu orientarea teoretică îmbrățișată. La fel ca și în rezultatele

SPR, 35% dintre terapeuții umaniști au răspuns astfel, cu o minimă de 9% reprezentând terapeuții cognitiviști și 10% terapeuții interpersonali. La mijloc s-au situat 14% dintre terapeuții eclectici/integrativi și 11% dintre terapeuții psihanaliști/psihodinamici. Orientarea teoretică are o influență oarecum diferită, dar totuși statistic semnificativă asupra procentajelor autoraportate de profesioniști în sănătatea mintală tratați în ultimii trei ani.

Terapia personală a terapeuților terapeuților

Freud a văzut terapia personală ca o parte esențială a educației și formării psihanaliștilor. El a recunoscut, de asemenea, nevoia de terapie periodică sau în curs pentru analiștii experimentați. Se pare că terapeuții americani, la fel ca și europenii, împărtășesc această viziune.

În studiul Divizia 29, precum și în studiile anterioare ale psihologilor (de exemplu: Norcross, Strausser-Kirtland și Missar, 1988; Pope și Tabachnick, 1994), media și mediana numărului de episoade discrete de terapie personală au fost trei (abaterea standard = 1,6). Aproape toți (96%) au beneficiat de ceva terapie individuală, cu o mediană de 150 de ore și o medie de 370. 16% au afirmat că erau la momentul respectiv în terapie sau analiză. Exact jumătate dintre respondenți au beneficiat de tratament de cuplu/familie și 34% au fost pacienți în grupuri de terapie.

Majoritatea respondenților și-au caracterizat terapia de la moderat până la foarte folositoare, replicând rezultate anterioare (de exemplu: Guy și Liaboe, 1986; Henry, Sims și Spray, 1971; Norcross, Strausser-Kirtland și Missar, 1988; Pope și Tabachnick, 1994). Similar colegilor lor, terapeuții terapeuților autodesemnați au raportat rezultate (chiar) mai spectaculoase în propria terapie personală. 2% dintre terapeuții din studiul Divizia 29 au caracterizat rezultatul singurei lor terapii sau a celor mai recente ca dăunătoare (foarte, moderat sau întrucâtva). Un indice adițional de 3% nu au raportat nici o schimbare, iar 12% au cotat terapia lor ca numai întrucâtva de ajutor. Pentru a rămâne pe linia acestor rezultate, 2% dintre psihologii americani evaluați de Pope și Tabachnick (1994) au raportat că terapia a fost „foarte" sau „extraordinar" de dăunătoare; 22% au raportat că experiențele lor cu terapia, luată ca întreg, a fost cel puțin întrucâtva dăunătoare.

O linie colaterală a cercetării (Geller, 1999; Orlinsky și Geller, 1993) susține cu putere concluzia că reprezentările internalizate pe care terapeuții-pacienți și le construiesc în urma schimburilor comunicative cu

terapeuții actuali sau foști au puterea (pozitivă sau negativă) de a modela și organiza concret percepțiile asupra și răspunsurile oferite pacienților lor, fie că aceștia sunt terapeuți sau nonterapeuți.

Deși nici o diferență semnificativă nu a fost observată în studiul Divizia 29 între psihologii cu procentaje înalte sau scăzute de clientelă din psihoterapie, în frecvența cu care ei au experimentat terapia personală la rândul lor sau a rezultatelor lor autoraportate cu privire la o astfel de experiență, psihologii care au tratat proporții largi dintre colegii lor însă au cotat importanța terapiei personale semnificativ mai mare atât ca o condiție a muncii clinice, cât și ca o oportunitate de dezvoltare curentă în timpul carierei lor.

Practici clinice — Studiul SPR

O comparație a practicilor clinice ale terapeuților seniori cu experiență largă, moderată sau lipsiți de experiență ca terapeuți ai terapeuților a oferit un număr de relații semnificative. Rezultatele, prezentate în tabelul 25.1, indică faptul că terapeuții care au tratat în mod extensiv alți terapeuți se percep pe ei înșiși ca manifestând în mod semnificativ mai multă „căldură" în relaționarea cu pacienții lor în general (nu numai cu terapeuții-pacienți) decât o fac seniorii care au avut puțini, dacă nu deloc terapeuți-pacienți. (Scala de multiitemi de „căldură" este compusă din autoevaluări separate în funcție de gradul cu care cineva acceptă căldura, prietenia sau toleranța în relaționarea cu pacienții.) Acest lucru corespunde cu calitățile pe care terapeuții-pacienți raportează că le caută atunci când își aleg un terapeut personal (vezi Norcross și Grunebaum, capitolul 16). Nu a existat nici o diferență semnificativă între grupurile de terapeuți seniori, cu privire la cât de „rezervați" (detașați, protejați și rezervați) simt că sunt cu pacienții lor.

Terapeuții terapeuților cei mai experimentați s-au cotat pe ei înșiși semnificativ mai „abili" (determinați, eficienți, abili și subtili) în ședințe și în mod semnificativ mai „investiți" (angajați, implicați și intuitivi) în lucrul cu pacienții decât aceia care au avut puțini sau chiar nici un terapeut-pacient.

Terapeuții seniori cu o experiență largă sau moderată tratând alți terapeuți au raportat că, în general, au întâmpinat mai puțin frecvent dificultăți (pe o scală compusă din 18 tipuri specifice de dificultate) decât cei care au avut puține sau nu au avut deloc cazuri de terapeuți-pacienți. Terapeuții terapeuților au raportat că s-au simțit mai puțin frecvent

Tabelul 25.1 Terapeuții terapeuților: Experimentarea procesului terapeutic

	Număr al terpeuților tratați			
Experiențe ale procesului	*(1) 0–3*	*(2) 4–15*	*(3) 16–25+*	*Diferențe*
Înrudire (scală 0–3)				
Căldură***	2,45	2,56	2,67	3>1
Directivitate*	1,02	1,19	1,08	2>1
Rezervă cu pacienții	0,84	0,81	0,70	nespecificat
Acțiune (scală 0–3)				
Abilitate în ședințe*	1,88	2,04	2,05	3>1
Sentimentul investirii***	2,32	2,46	2,58	3>1
Dificultăți (scală 0–5)				
Dificultăți totale*	1,30	1,17	1,04	3,2<1
În pericol de a pierde controlul situației terapeutice în fața unui pacient*	1,06	0,84	0,78	3,2<1
Tulburat de ideea că valorile personale fac dificilă menținerea unei atitudini potrivite față de un pacient*	1,09	0,92	0,73	3,2<1
Îngrijorat de aspecte morale sau etice care au apărut în lucrul cu un pacient	1,10	1,05	1,05	nespecificat
Deranjat că circumstanțele din viața personală interferează în lucrul cu un pacient	,98	1,05	,96	nespecificat
În conflict privind cum să reconciliezi obligațiile față de un pacient și echivalentul obligațiilor față de ceilalți	1,12	1,07	1,01	nespecificat
Strategii de gestionare (scală 0–5)				
Gestionare constructivă	2,29	2,95	2,85	nespecificat
Căutare de consultanță	2,52	2,49	2,27	nespecificat
Reformularea contractului de ajutor*	1,82	1,73	1,51	3,2<1
Rezolvarea de probleme cu pacientul*	3,12	3,34	3,41	3>1
Evitarea problemelor/ criticarea pacientului	1,20	1,20	1,12	nespecificat

Dezvoltarea carierei (scală 0–5)				
Sentimentul cunoștințelor terapeutice***	3,92	4,16	4,29	3,2>1
Depășirea limitărilor ca terapeut***	3,60	3,75	4,06	3>2,1

Notă: Toți terapeuții care au între 25 și 50 de ani de practică *p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

„tulburați că valorile [lor] personale fac dificilă menținerea unei atitudini potrivite față de un pacient" și au avut mai puțin frecvent sentimentul „de a se simți în pericol să piardă controlul situației terapeutice cu un pacient".

În gestionarea dificultăților care se ivesc, seniorii care au tratat mai extins alți terapeuți au fost semnificativ mai capabili decât cei care au tratat mai puțini, ori nici un terapeut-pacient, în a „încerca să rezolve problema în mod cooperant cu pacientul" și semnificativ mai puțin nevoiți „să reînnoiască contractul terapeutic" prin redefinirea rolurilor și scopurilor tratamentului. Nu au existat diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește tendința de a folosi alte strategii de gestionare constructive, să caute consultație sau să evite/să fie critici față de pacienții dificili.

În privința carierei lor, terapeuții seniori care au tratat mulți sau un număr moderat de terapeuți-pacienți au avut în mod semnificativ evaluări mai mari decât cei care au tratat mai puțini, în aprecierea propriei „măiestrii terapeutice". Această scală compozită include cotații pe baza următoarelor întrebări: „Ce cunoaștere a tehnicilor și strategiilor implicate în practica terapiei ai?", „Cât de bine înțelegi ce se întâmplă moment de moment în timpul ședinței de terapie?", „Câtă precizie, subtilitate și finețe ai dobândit în munca terapeutică?" și „Cât de capabil te simți în a conduce dezvoltarea altor psihoterapeuți?". În sfârșit, terapeuții seniori cu o experiență extinsă ca terapeuți ai terapeuților au avut scoruri semnificativ mai înalte decât celelalte două grupuri de seniori în gradul în care ei au simțit că au „reușit să[-și] depășească limitările din trecut" ca psihoterapeuți.

Practici clinice — Studiul Divizia 29

Pentru a oferi un context al examinării modului în care autodesemnarea ca terapeut al terapeuților poate influența maniera în care colegii

profesioniști în sănătatea mintală sunt tratați, să ne oprim atenția mai întâi asupra modului în care respondenții eșantionului Diviziei 29, în totalitatea sa, și-au comparat abordarea terapeutică cu psihoterapeuții, față de abordarea lor cu persoane nespecializate, de inteligență, statut socio-economic și diagnostic comparabile.

Respondenții au cotat o serie de 78 de întrebări comparând terapia condusă cu terapeuții și persoanele nespecializate pe o scală Likert de 5 puncte (unde 1 = mult mai puțin frecvent cu psihoterapeuții, 3 = la fel de frecvent cu psihoterapeuții și 5 = mult mai frecvent cu psihoterapeuții). Practica „echivalentă" a fost definită operațional ca un răspuns mediu de între 2,76 și 3,24, cu răspuns oscilând în jurul mijlocului de 3,0 al scalei identificat ca cu aceeași frecvență. Itemii cărora li s-a atribuit o medie de grup de 2,75 sau mai scăzută au fost desemnați ca „mai puțin frecvent", cu toate că aceia care au primit un scor mediu de 3,25 sau mai înalt au fost desemnați ca „mai frecvenți". Tabelul 25.2 sumarizează răspunsurile medii pentru toți itemii atât grafic, cât și numeric.

Așa cum se arată și în tabelul 25.2, eșantionul ca întreg a raportat că, în termeni de format al tratamentului, este mai posibil ca terapeuților-pacienți să li se ofere terapie individuală. Concomitent, în ceea ce privește persoanele nespecializate de educație și diagnostic comparabile, este mai puțin posibil ca terapeuții-pacienți să beneficieze de terapie de cuplu sau terapie de grup. Mai mult decât atât, psihologii respondenți au indicat că este mai puțin posibil ca terapeuților-pacienți să li se recomande medicamente sau să fie trimiși în grupuri de suport, să li se recomande lucrările de autoajutorare ca parte a tratamentului actual sau să fie spitalizați.

În privința procesului de terapie, tabelul 25.2 indică faptul că, în același timp, există similarități profunde și diferențe importante în modurile în care terapeuții conduc psihoterapia cu pacienții terapeuți și nonterapeuți. De exemplu, terapeuții nu par să fie mai mult sau mai puțin centrați pe sarcină, oferirea de sfaturi, autodezvăluire, încurajarea expresiei afective sau posibil să folosească umorul sau atingerea cu un grup de pacienți mai degrabă decât cu altul. Așa cum ne-au raportat, terapeuții nu permit nici o variație în privința regulilor de bază ale psihoterapiei (de exemplu: confidențialitatea, lungimea ședințelor), decizii legate de limite (de exemplu: contactul cu pacientul în afara ședințelor), plata taxelor (de exemplu: negocierea unor taxe mai mici, plata pentru ședințele pierdute) sau exprimarea sentimentelor personale (de exemplu: expresia grijii sau a furiei față de pacient). Ei nu discern diferențele în conținutul schimburilor comunicative pe care ei le au cu pacienții terapeuți și nonterapeuți.

Tabelul 25.2 Practici clinice cu psihoterapeuți-clienți, comparativ cu practicile cu persoane nespecializate, de inteligență, statut socio-economic și diagnostic comparabile

Mai puțin frecvent (M < 2,76)	*La fel de frecvent* (M = 2,76–3,29)	*Mai frecvent* (M > 3,24)
Formate de tratament	**Stil terapeutic**	**Formate de tratament**
Conducerea de terapie de cuplu/familie	Provocator, Cerând depunerea de efort	Conducerea de terapie individuală
Conducerea de terapie de grup	Determinat	Conducerea de terapie de lungă durată
Recomandarea medicației	Directiv, eficient	**Proces terapeutic**
Folosirea spitalizării	Prietenos	Împărțirea responsabilității pentru crearea unui contract terapeutic
Recomandarea unui grup de suport	Precaut, implicat	Limitarea informației în note de tratament
Sugerarea unei cărți de autoajutorare	Iubitor, rezervat	Întrebări legate de limitele dintre rolurile personal și profesional
Conducerea de terapie de scurtă durată	Abil, cald	Conștientizarea „tehnicilor" folosite
Stil terapeutic	**Procesul terapiei**	Reacții contratransferențiale
Autoritar	Abordarea problemelor sexuale	Discutarea problemelor curente și a cercetării din domeniu
Detașat	Sentimente competitive față de pacient	Îngrijorare privind eficiența tratamentului
Proces terapeutic	Îngrijorarea cu privire la confidențialitate	Preocuparea că unii pacienți ar putea fi critici cu privire la munca terapeutică
Număr de ședințe anulate	Dezvăluirea propriei terapii personale	Plăcerea de a fi cu pacientul
	Examinarea alegerii de carieră a pacientului	**Rezultat**
	Ambiție în atingerea scopurilor terapeutice	Rezultat terapeutic pozitiv în termeni de autoînțelegere/pătrundere psihologică sporită
	Contact cu pacientul în afara ședințelor	**Postterminare**
	Exprimarea față de pacient a faptului că este furios/furioasă pe el/ea	Frecvența contactului postterapeutic cu pacientul
	Abordarea cu pacientul a subiectului rușinii sau vinei de a căuta terapie	
	Exprimarea față de pacient a faptului că îi pasă	
	Folosirea umorului în ședință	
	Folosirea atingerii terapeutice	
	Negocierea unei taxe mai mici decât cea percepută în mod obișnuit	

Mai puțin frecvent (M < 2,76)	*La fel de frecvent* (M = 2,76–3,29)	*Mai frecvent* (M > 3,24)
	Încurajarea exprimării afectelor	
	Recomandări de sarcini între ședințe	
	Experimentarea de dificultăți în echilibrarea distanței și apropierii	
	Dezvăluirea problemelor personale experimentate anterior	
	Orgoliu în a contribui la starea de bine a pacientului	
	Experiența unei relații terapeutice turbulente	
	Conștiința problemelor legate de sex în terapie	
	Conștiința dinamicilor de putere în terapie	
	Concentrare pe reacțiile transferențiale	
	Număr de ședințe anulate	
	Sentimentul retragerii emoționale față de pacient	
	Conștiința dificultății schimbării semnificative	
	Oferirea de sfaturi	
	Conversațional	
	Oferirea de diagnostic	
	Folosirea numelui mic al pacientului	
	Acceptarea unei îmbrățișări din partea pacientului	
	Prezentarea de scuze referitoare la greșeli sau erori comise	
	Scrupulozitate privind durata ședințelor	

Mai puțin frecvent (M < 2,76)	*La fel de frecvent* (M = 2,76–3,29)	*Mai frecvent* (M > 3,24)
	Probleme legate de terminare	
	Terminare acceptată reciproc	
	Frecvență a finalizărilor impuse din exterior	
	Experimentarea de sentimente puternice legate de terminare	
	Rezultat	
	Rezultat la terapiei pozitiv în termeni de schimbare de comportament/eliberarea de simptome	
	Postterminare	
	Intrarea într-o relație profesională cu pacientul	
	Intrarea într-o relație socială cu pacientul	
	Reîntoarcerea în terapie pentru continuarea acesteia	

De exemplu, stresorii legați de lucru, problemele sexuale, alegerea carierei și rușinea sau vina legată de căutarea terapiei, în mod obișnuit și egal, rămân la suprafață ca teme ale ambelor grupuri.

O examinare a practicilor clinice în categoriile desemnate ca mai mult sau mai puțin frecvent sugerează că ceea ce distinge psihoterapia terapeuților pacienți poate să opereze în primul rând la un nivel experiențial-emoțional.

După cum au experimentat și ne-au raportat, terapeuților le face mai multă plăcere să ofere terapie terapeuților-pacienți decât pacienților nonterapeuți. O diferență legată de acest aspect este rezultatul conform căruia terapeuții s-au simțit mai puțin detașați de și mai deschiși către terapeuții-pacienți. Un motiv pentru existența acestor legături este dat de probabilitatea ca terapeuții să discute probleme legate de cercetare și aspecte profesionale împreună cu terapeuții-pacienți. Intimitatea intelectuală afirmă conexiunea colegială dintre pacient și terapeut.

Participanţii raportează faptul de a folosi aceleaşi tehnici cu ambele categorii de pacienţi, dar realizează, în acelaşi timp, că sunt mai conştienţi de sine şi de tehnicile lor şi că este mai probabil să aibă reacţii contratransferenţiale atunci când pacientul este un profesionist în sănătatea mintală. Terapeuţii relatează că se simt comparativ de eficienţi şi abili atât cu pacienţii lor terapeuţi, cât şi nonterapeuţi, dar este mai posibil ca aceştia să „îşi facă griji legate de eficacitatea tratamentului" şi să fie mai preocupaţi de faptul că pacientul „este critic la adresa muncii lor" atunci când pacientul este un terapeut coleg.

În vreme ce sunt la fel de îngrijoraţi de protejarea confidenţialităţii tuturor pacienţilor lor, este mai posibil ca terapeuţii să limiteze informaţiile cuprinse în notele de terapie ale terapeuţilor lor pacienţi. Încălcarea confidenţialităţii reprezintă o încălcare a mandatului etic. În schimb, decizia de a exclude anumite tipuri de informaţii din înregistrările clinice ale terapeuţilor-pacienţi se bazează pe consideraţiile personale, mai degrabă decât pe coduri morale publicate. Nici una dintre următoarele explicaţii nu poate fi evocată ca valoroasă pentru a sprijini motivaţional această decizie. O interpretare mai plauzibilă este că terapeuţii care au fost şi ei la rândul lor terapeuţi-pacienţi se simt mai „protectivi" faţă de şi s-au identificat cu pacienţii lor terapeuţi. Potrivit lui Gabbard (1995), în cercurile psihanalitice, fricile legate de expunerea publică şi ruşinea sunt împărtăşite atât de terapeuţii-pacienţi, cât şi de pacienţii acestora.

Un alt domeniu posibil în care psihoterapia psihoterapeuţilor poate face parte distinctă de psihoterapia pacienţilor nonterapeuţi rezidă în indiciile rezultatelor pozitive ale terapiei. Pe de o parte, rezultatele studiului Divizia 29 sugerează că terapeuţii nu percep diferenţe în ceea ce priveşte măsura în care pacienţii terapeuţi şi nonterapeuţi realizează rezultate terapeutice pozitive în termeni de schimbări comportamentale şi eliberări simptomatice. Pe de altă parte, este mai posibil ca aceştia să surprindă rezultate pozitive în termeni de autoînţelegere şi pătrundere psihologică printre pacienţii terapeuţi.

Există multe interpretări ale acestor diferenţe. Deşi orizonturile psihologice largi sunt o caracteristică dezirabilă a tuturor pacienţilor, căutarea autocunoaşterii este unul dintre motivele principale ale alegerii de a deveni psihoterapeut (Faber şi Golden, 1997). Mai mult decât atât, o capacitate sporită de a continua autoanaliza după terminare constituie un instrument vital al unui terapeut eficient, în special dacă el sau ea se percepe pe sine ca observator participant în dialogul terapeutic. Cu alte cuvinte, capacitatea de a reflecta şi de a interpreta experienţele proprii, mai degrabă decât să reacţioneze la ele, se remarcă în aspectele

profesionale și personale ale vieților terapeuților-pacienți. Consecutiv, este posibil ca terapeuții să facă un efort mai mare pentru a spori capacitățile terapeuților-pacienți de autoreflecție.

În termeni de experiențe postterapeutice, respondenții au mărturisit faptul de a fi avut o frecvență de contact mai mare cu terapeuții-pacienți decât cu persoanele nonterapeuți după terapie, dar că acest contact crescut postterminare cu terapeuții-pacienți nu a fost însoțit de sporiri ale probabilității constituirii unei relații sociale sau a posibilității de reîntoarcere în terapie a fostului pacient.

În studiul Divizia 29, autocaracterizarea practicienilor ca terapeuți ai terapeuților a fost clar asociată cu maniera în care aceștia au tratat profesioniștii în sănătatea mintală. O comparație a autocaracterizărilor terapeuților terapeuților și ale altor respondenți a demonstrat o diferență statistică în cadrul a 16 itemi din cei 78 referitori la practica din clinică. În termeni de format al tratamentului, era mai puțin probabil ca terapeuții terapeuților să conducă o terapie de scurtă durată. Din punctul de vedere al implicării afective, ei s-au caracterizat ca *mai puțin* în gardă, detașați, pasibili să se retragă emoțional și având pacienți care să își anuleze ședințele. Concomitent, ei s-au perceput mai degrabă ca fiind mai eficienți cu terapeuții-pacienți decât colegii lor.

În termeni de proces al terapiei, terapeuții care s-au autocaracterizat pe ei înșiși ca terapeuți ai terapeuților au relatat că era *mai* posibil ca ei să: împărtășească responsabilitatea creării unui contract terapeutic, să dea dovadă de căldură, să prezinte scuzele pentru greșelile sau erorile făcute, să aibă reacții contratransferențiale, să fie centrați pe sarcină, să discute probleme curente și de cercetare din domeniu, să dezvăluie informații despre propria terapie personală și să ajungă la o terminare reciproc de acord.

Prin urmare, diferențele observate în întregul eșantion din studiul Divizia 29 au ieșit la iveală cu o mai mare claritate și intensitate în răspunsurile terapeuților terapeuților autodesemnați. Cu alte cuvinte, calitățile și practicile clinice pe care eșantionul de terapeuți, ca întreg, și le-au atribuit erau și mai complet realizate în subeșantionul de terapeuți ai terapeuților. Mai mult decât atât, a existat o similaritate considerabilă în practicile clinice ale psihologilor americani care s-au autocaracterizat ca terapeuți ai terapeuților și terapeuții din studiul SPR cu o experiență foarte vastă în tratarea terapeuților.

Datele acumulate în ambele studii converg cu ipoteza conform căreia relațiile pe care terapeuții terapeuților le stabilesc cu terapeuții pacienți sunt întipărite în cadrul atmosferelor emoționale (Geller, 1984) care sunt

calitativ diferite de cele stabilite de alţi terapeuţi. Aşadar, pornind de la ipoteza că autoevaluările lor sunt corecte, terapeuţii terapeuţilor, în comparaţie cu alţi terapeuţi, se simt mai eficienţi cu pacienţii lor terapeuţi. În acelaşi timp, profunzimea implicării lor cu terapeuţii-pacienţi este mai rezistentă la ameninţările privind sentimentele lor de eficienţă. Mai mult decât atât, ei par să fie mai bine pregătiţi în a folosi în mod nondefensiv urcuşurile şi coborâşurile sentimentelor lor de eficienţă şi implicare, ca resurse interpretative în munca lor cu terapeuţii-pacienţi.

Rămâne de văzut dacă cei care au atras mai mulţi terapeuţi-pacienţi sunt, de fapt, mai experimentaţi, mai pricepuţi. Din nefericire, informaţii relevante cu privire la acest aspect nu se regăsesc nici în studiul Divizia 29 şi nici în studiul SPR. Ceea ce indică însă rezultatele ambelor studii este o încredere în sine semnificativ mai mare printre cei care se caracterizează pe ei înşişi ca terapeuţi ai terapeuţilor şi printre cei care au tratat mulţi alţi terapeuţi. Este neclar cât de mult au dobândit din acest sentiment al încrederii prin tratarea multor altor terapeuţi, şi, pe de altă parte, cît de mult au atras alţi terapeuţi, prin atitudinea plină de încredere şi carismatică, terapeuţii seniori. Mai rămâne, de asemenea, de văzut cât de corect reflectă calităţile de clinicieni autopercepţiile diferenţiale ale acelor terapeuţi seniori. Dacă sunt într-adevăr corecte, ar putea explica foarte bine de ce atât de mulţi alţi terapeuţi i-au căutat pentru terapie personală. Ceea ce ne dorim însă să evidenţiem aici este că o combinare a diverselor rezultate indică faptul că atmosferele emoţionale create de către terapeuţii terapeuţilor pot fi descrise ca fiind mai vii, mai spirituale şi naturale.

Satisfacţii şi stresori

În studiul Divizia 29, terapeuţii au generat 236 de răspunsuri la cererea de a denumi o satisfacţie apărută în urma actului de conducere a psihoterapiei cu psihoterapeuţi, dincolo de cele asociate cu conducerea psihoterapiei în general. Acestea au fost ulterior încadrate în 13 categorii reciproc exclusive, incluzând şi o „altă categorie" care a constat din răspunsuri singulare, printr-un proces de codare iterativ recursiv. Procentajele de răspunsuri care au fost desemnate celor mai frecvente opt categorii de satisfacţii sunt dispuse în tabelul 25.3.

De departe, cea mai proeminentă satisfacţie raportată a fost aceea că pacienţii psihoterapeuţi au fost experimentaţi drept clienţi „mai buni", împreună cu aceştia putându-se stabili o relaţie terapeutică „mai bună".

Acest rezultat este completat de cotațiile terapeuților privind practicile lor clinice. Aici ei au raportat „satisfacția mai mare de a fi cu" terapeuți-pacienți decât cu pacienți nonterapeuți. Aceste surse de satisfacție se ivesc în timpul muncii efective. Așa cum poate fi văzut în tabelul 25.3, o importanță de departe mai mare a fost acordată surselor de satisfacție care derivă din consecințele îndeplinirii muncii cu succes, și nu din plăcerile inerente în sursele mai apropiate de satisfacție. Acestea au inclus ajutarea terapeuților-pacienți să își sporească eficiența clinică, contribuind astfel indirect la bunăstarea lor. Sursele au inclus și mândria sau afirmarea printre colegii terapeuți, contribuind la avansarea profesională. Nici una dintre aceste recompense („narcisice") nu este disponibilă atunci când sunt tratați nonterapeuți. Tocmai de aceea, ele aduc brusc în atenție pericolul transformării pacienților terapeuți ai unui terapeut în „discipoli" sau „urmași profesionali" care vor transmite mai departe mesajul.

O problemă paralelă privind stresorii conducerii psihoterapiei a înregistrat 230 de răspunsuri intrigante. Și acestea au fost încadrate printr-un proces similar în 13 categorii discrete, incluzând „altele", iar cele mai frecvente sunt prezentate în tabelul 25.4. După cum poate fi observat, accentul cade aici pe relația terapeutului cu pacienții săi terapeuți, și nu pe consecințele extra terapeutice ale relației. Accentul cel mai important asociat cu tratarea colegilor profesioniști în sănătatea mintală apare a fi activarea anxietăților și îndoielilor privind abilitățile unei persoane ca terapeut. Mai puțin prevalent, dar asociat cu aspectul cel mai important, a fost experiența că psihoterapeuții colegi sunt mai provocatori sau rezistenți la schimbare (decât pacienții nonterapeuți), precum și consumatori mai critici ai psihoterapiei. Alți 17% au consemnat

Tabelul 25.3 Cele mai frecvente satisfacții ale conducerii psihoterapiei cu psihoterapeuți

Satisfacție	*N*	*% din Total*
Clienți mai buni/relații mai bune	72	30,5
Ajutarea pacienților terapeuți să fie mai eficienți	39	16,5
Recunoașterea printre colegi	20	8,5
Contribuția la profesie	19	8,0
Ajutorarea indirectă a clienților terapeuților-pacienți	15	6,4
Grup de pacienți mai provocator	9	3,8
Lucrul cu cineva care are calități similare	9	3,8
Observarea evoluției clientului	9	3,8

povara sentimentului de a simți o mai mare responsabilitate atunci când lucrează cu terapeuți-pacienți. Preocupările privind încălcarea limitelor, cum ar fi intrarea într-o relație dual, au fost citate cu o frecvență comparabilă. Mai mult decât atât, experiența provocării limitelor prin întâlnirea pacienților în afara terapiei a fost menționată de 6% din eșantion.

Un rezumat integrativ al celor mai frecvente satisfacții și stresori asociați cu conducerea psihoterapiei cu terapeuți susține perspectiva, exprimată anterior de un grup mic de psihotearpeuți ai terapeuților în rapoarte ale cazurilor clinice, că tratarea terapeuților-pacienți tinde să fie experimentată simultan atât ca privilegiu, cât și ca povară. Rezultatele noastre inițiale reafirmă perspectiva lor împărtășită, conform căreia tratarea unui coleg crește probabilitatea ca psihoterapeuții să se simtă mai anxioși și mai conștienți de sine în ceea ce privește tehnicile, preferințele și reacțiile emoționale la potențialele conflicte în situația de tratament.

Satisfacțiile și stresorii acordării de terapie se află într-o relație dinamică în continuă schimbare. În orice moment, o parte a relației poate fi în cer, iar cealaltă, la pământ. Ceea ce este important însă este capacitatea de a direcționa nondefensiv o atitudine de investigație spre toate reacțiile emoționale și judecățile afective ale pacienților. Noi ne susținem poziția conform căreia terapeuții care nu sunt capabili să se angajeze în astfel situații de autoexplorare și de evaluare cooperantă sunt defectuos echipați pentru a se angaja și a gestiona dilemele clinice obișnuite care sunt aduse la viață sau intensificate de faptul că un pacient este și terapeut, mai ales dacă el sau ea suferă de dificultăți caracterologice.

Tabelul 25.4 Cei mai frecvenți stresori ai conducerii psihoterapiei cu psihoterapeuți

Stresor	*N*	*% din Total*
Activarea anxietăților terapeutului privind abilitatea	62	27,0
Mai provocator/rezistență mai mare la schimbare	38	16,5
Tendința clienților de a fi mai critici	26	11,3
Responsabilitate mai mare	17	7,4
Griji privind limitele/relații duale	16	7,0
Întâlnirea clienților în afara ședințelor	14	6,1
Atitudini elitiste ale pacienților	8	3,5
Sentimente competitive în procesul terapeutic	8	3,5

Sfat pentru colegii psihoterapeuți

Rezultate paralele pot fi distinse și din sfatul pe care terapeuții l-au dat cu privire la tratarea profesioniștilor în sănătatea mintală. Au fost oferite un număr generos și o varietate impresionantă de sfaturi pentru a-i ajuta pe ceilalți să conducă o terapie eficientă cu colegii lor terapeuți. Numărul total de sfaturi a fost de 415, iar acestea au fost încadrate, în funcție de conținut, în 28 de categorii reciproc exclusive. Încadrarea a fost efectuată de doi dintre autori, iar atunci când au survenit contradicții, au fost rezolvate prin discuții.

Cele mai frecvente sfaturi sunt rezumate în tabelul 25.5. După cum se poate observa, sfatul modal a fost de a trata toți pacienții în manieră egală și consecventă. Așa cum a spus unul dintre respondenți: „Un pacient este un pacient". Recomandările care au putut fi construite ca egal aplicabile psihoterapiei tuturor pacienților, cum ar fi „ascultă empatic", „fii respectuos", „clarifică din timp contractul terapeutic și obiectivele", au fost oricum în minoritate. Majoritatea sfaturilor oferite s-au referit și au fost legate de stresorii menționați anterior care au fost identificați mai mult sau mai puțin specific în conducerea psihoterapiei cu psihoterapeuți.

Tabelul 25.5 Sfatul cel mai comun în conducerea psihoterapiei cu colegi psihoterapeuți

Sfat	*N*	*% din Total*
Tratează toți pacienții egal și consecvent	68	16,4
Menține limite clare și evită relațiile duale	46	11,1
Evită supraidentificările cu terapeuții-pacienți	27	6,5
Amintește-ți că terapeuții-pacienți nu sunt imuni la problemele altor pacienți doar pentru că sunt terapeuți	23	5,5
Nu fi intimidat sau copleșit de anxietatea performanței	20	4,8
Ascultă empatic	20	4,8
Anticipează și ai grijă la reacțiile contratransferențiale	19	4,6
Clarifică din timp contractul terapeutic și obiectivele tratamentului	14	3,4
Evită diluarea terapiei prin transformarea acesteia în supervizare sau prin discutarea de subiecte profesionale	10	2,4
Fii respectuos	9	2,2
Consultă-te cu colegii și beneficiază de supervizare, dacă este nevoie	9	2,2

Există două teme interconectate care pot fi extrase din aceste oferte. Mare parte dintre sfaturi au făcut referire la aspectele legate de provocările privind limitele terapiei terapeuților, cum ar fi pericolele supraidentificării, capcanele relațiilor duale și tentația transformării psihoterapiei în supervizare. Cealaltă temă a fost aceea de a anticipa și a avea grijă la sentimentele cu potențial problematic, de exemplu invidia, autoproslăvirea, intimidarea și competiția cu terapeuții-pacienți. Similaritatea generală a acestor rezultate sugerează că a coordona relațiile de rol formale și contractuale care separă pozițiile de pacient și terapeut rezidă dintr-o tensiune curentă care este inerentă psihoterapiei colegilor terapeuți. Mesajul predominant este acela că, în rolul nostru de terapeuți ai terapeuților, nu suntem nici oameni de știință imparțiali și nici persoane care oferă ajutor lipsite de tendințe.

Metodologie și insatisfacțiile acesteia

Este necesară o atenție sporită în interpretarea rezultatelor de cercetare prezentate în acest capitol. Ambele studii așteaptă replică. Nu este clar cum experiențele membrilor Diviziei 29 s-ar putea compara cu cele ale psihologilor și psihoterapeuților în general. Rata de răspunsuri (35%) din studiul Divizia 29 sugerează că persoanele cu istorii de terapie personală sau de tratare a psihoterapeuților în practica lor pot fi suprareprezentați în acest eșantion. Eșantionul studiului SPR, în mod similar, este de o reprezentativitate necunoscută. Există posibilitatea unei atracții sociale dezirabile înspre identificarea unei persoane ca „terapeut al terapeuților".

Cu siguranță, există și virtuți inevitabile, și limitări ale autoevaluărilor anonime. Există vreun motiv pentru care am putea crede că psihoterapeuții sunt mai corecți și mai de încredere în postura de observatori ai propriilor comportamente? Majoritatea itemilor chestionarelor implică probleme extrem de complexe. Cercetarea la zi este sugestivă și preliminară. Deși neconcludente, rezultatele generale sugerează că, dacă un terapeut dorește să fie competent în tratarea terapeuților-pacienți, el sau ea trebuie să fie pregătit/ă de a fi mai mult decât cooperant/ă și egalitar/ă pe tot parcursul terapiei, precum și mai flexibil/ă în gestionarea rolului limitelor care separă pozițiile de pacient și terapeut în timpul tratamentului și ca urmare a terminării (vezi Geller, capitolul 27).

Comentarii de încheiere

Concluzionăm printr-un apel la studiul ştiinţific al unor probleme demne de cercetare, cum ar fi: Ce aspecte specifice ale propriilor terapii personale este mai posibil să fie repetate de terapeuţi cu pacienţii lor? Prin ce se distinge tratamentul terapeuţilor care beneficiază de terapie în diferite stagii ale carierei lor? Pe ce criterii se poate baza un terapeut pentru a distinge îndoielile fundamentate pe contratransfer cu privire la propria competenţă profesională de realitatea supraextinderii de sine? Care sunt consecinţele faptului de a nu beneficia de o anumită abordare de terapie la începutul carierei unui terapeut? Care este legitimitatea rezultatului conform căruia practicile clinice ale unei anume şcoli de terapie pot fi dăunătoare? Ce consideraţii speciale, dacă există, pot conduce la decizia de a introduce medicaţie sau de a spitaliza un profesionist în sănătatea mintală? Există aspecte normative ale experienţei subiective de a întâlni anume rezistenţe în experienţa de terapie a terapeuţilor-pacienţi? Cum poate un terapeut să se pregătească cel mai bine pentru ziua în care el sau ea va începe să trateze un coleg terapeut? Care sunt dificultăţile suplimentare şi problemele speciale puse de terapeuţii trimişi în tratament de către autorităţile profesionale?

Bibliografie:

Berman, E., „On analyzing colleagues" în *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 1995, p. 521-539

Bridges, N.A., „Clinical dilemmas: Therapists treating therapists" în *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 1993, p. 34-44

Bridges, N.A., „Psychotherapy with therapists: Countertransference dilemmas" în M.B. Sussman (editor), *A perilous caling*, Wiley, New York, 1995

Burton, A., „The psychotherapist as client" în *American Journal of Psychoanalysis*, 33, 1973, p. 94-103

Farber, B.A. şi Golden, V., „Psychological mindedness in psychotherapists" în M. McCallum şi W.E. Piper (editori), *Psychological Mindedness*, Erlbaum, Hillsdale NJ, 1997

Fleischer, J.A. şi Wissler, A., „The therapist as patient: Special problems and considerations" în *Psychotherapy*, 22, 1985, p. 586-594

Freud, S., „Analysis terminable and interminable" în J. Strachey (editor şi traducător), *The Standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud*, vol. 23, Hogarth Press, Londra, 1937/1964, p. 216-253

Freudenberger, H.J., „The health professional in treatment: Symptoms, dynamics and treatment issues" în C.D. Scott şi J. Hawk (editori), *Heal thyself, the health of health care professionals*, Brunner/Mazel, New York, 1986

Gabbard, G.O., „Transference and countertransference in the psychotherapy of therapists charged with sexual misconduct" în *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 1995, p. 10-17

Geller, J.D., „Moods, feelings, and the process of affect formation" în C. Van Dyke, L. Temoshok şi L. Zegans (editori), *Emotions in health and illness: Applications to clinical practice*, Grune and Stratton, New York, 1984

Geller, J.D., „What does it mean to practice psychotherapy scientifically?" în *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 10, 1999, p. 187-214

Glickauf-Hughes, C. şi Mehlman, E., „Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations" în *Psychotherapy*, 32, 1995, p. 213-221

Grunenbaum, H., „A study of therapists' choice of therapists" în *American Journal of Psychiatry*, 140, 1983, p. 1336-1339

Guy, L.D. şi Liaboe, G.P., „Personal therapy for the experienced psychotherapist. A discussion of its usefulness and utilization" în *Clinical Psychologist*, 39, 1986, p. 20-23

Henry, W.E., Sims, J.H. şi Spray, S.L., *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*, Jossey-Bass, San Francisco

Kaslow, F.W. (editor), *Psychotherapy with psychotherapists*, Haworth, New York, 1984

Macran, S. şi Shapiro, D., „The role of personal therapy for therapists: A review" în *British Journal of Medical Psychology*, 71, 1998, p. 13-25

Norcross, J.C., „Personal therapy for therapists: One soutions" în *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 1990, p. 45-59

Norcross, J.C., Farber, J.A. şi Prochaska, J.O., „Psychologists conducting psychotherapy: New finding and historical comparisons on the Psychotherapy Division membership" în *Psychotherapy*, 30, 1993, p. 692-697

Norcross, J.C., Geller, J.D. şi Kurzawa, E.K., „Conducting psychotherapy with psychotherapists: I: Prevalance, patients and problems" în *Psychotherapy*, 37, 2000, p. 199-205

Norcross, J.C., Geller, J.D. şi Kurzawa, E.K., „Conducting psychotherapy with psychotherapists II: Clinical practices and collegial advice" în *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 2001, p. 53-66

Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. şi Missar, C.D., „The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences" în *Psychotherapy*, 25, 1988, p. 36-43

Orlinsky, D.E. şi Geller, J.D., „Patients' representations of their therapists and therapy: New measures" în J. Miller, J.P. Lubovsky, J. Barber şi N.E. Doeherty (editori), *Psychodynamic treatment reseach*, Basic Books, New York, 1993, p. 423-466

Orlinksy, D., Ambuhl, M., Rønnestad, M.H., Davis, J.D., Gerin, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J.F., Dazord, A., Cierpka, M., Aapro, N., Buchheim, P., Bae, S., Davidson, C., Friis-Jorgensen, E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., Parks, B., Scherb, E., Schroder, T., Shefler, G., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A.B. şi Wiseman, H., „The development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study" în *Psychotherapy Research*, 9, 1999, p. 127-153

Orlinsky, D.E. şi Rønnestad, M.H., *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional development*, Amercian Psychological Association, Washington DC (în presă)

Pope, K.S. şi Tabachnick, B.G., „Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs" în *Professional Psychology. Research and Practice*, 25, 1994, p. 247-258

Capitolul 26

Analizele de formare

Considerații istorice și cercetare empirică

de Rebecca C. Curtis și Mazia Qaiser

În ultimul secol, formarea psihanalitică a evoluat atât teoretic, cât și practic de la descoperiririle clasice ale lui Freud, din anii 1900. Fără a ține seama de orientarea teoretică a institutului psihanalitic, analiza de formare a fost citată drept cel mai important element și cea mai crucială componentă a candidatului analitic (Benedek, 1969; Bibring, 1954; Limentani, 1974, 1992; Torras de Bea, 1992). Cu toate acestea, cercetarea empirică dedicată înțelegerii și dezvăluirii dinamicilor unice ale analizei de formare este relativ puțină.

Dat fiind că intrăm într-un mileniu nou privind înțelegerea procesului analitic ca o îmbinare interactivă a experienței analistului cu cea a analistului de formare, sperăm să încurajeze mai multe studii cantitative bazate pe singura parte mai importantă a studiului analitic al candidatului — analiza de formare. Noi, ca psihanaliști, pretindem, de asemenea, și o cercetare suplimentară a cum poate fi măsurată schimbarea în cadrul procesului analitic.

Acest capitol începe printr-o scurtă istorie a lucrărilor teoretice despre analizele de formare. Vom revedea apoi cercetarea empirică a rezultatelor analizelor de formare și vom discuta sugestiile pentru cercetarea viitoare.

O perspectivă istorică a analizelor de formare

La începutul dezvoltării psihanalizei, Freud (1910/1968) a exprimat nevoia de analiză personală pentru cei care doreau să aplice tehnica psihanalizei. El și-a continuat elaborările asupra analizei de „formare" în lucrarea „Analiza terminabilă și interminabilă" (1937/1968), sugerând

că autoanaliza ar trebui să se întâmple pe tot parcursul vieții și carierei unui analist, și nu ca o terminare a analizei de formare a unei persoane (vezi capitolul 2). Cea mai bună cunoaștere a ceea ce s-a întâmplat în analizele de formare de început vine din raportări cum ar fi cele ale lui Kardiner (1977) privind propria analiză cu Freud (vezi Lohser și Newton [1966], pentru raportări ale altor analize de formare timpurii cu Freud) și Menaker (1989) privind analiza ei cu Anna Freud.

Sachs (1947), primul analist de formare întâlnit la Institutul Berlin, a scris despre importanța procesului de selecție al institutului — în alegerea unor candidați potriviți. El a precizat că scopul analizei este de a înlătura rezistențele care obstrucționează dezvoltarea unui Eu funcționând liber.

Balint (1954) a revizuit cinci perioade din istoria analizei de formare. În prima perioadă, analiza a fost de natură pur instrucțională. Candidatul citea despre teoria psihanalitică din cărți și apoi intra într-o terapie care dura de la câteva săptămâni până la câteva luni, pentru „a experimenta în propria minte validitatea și forța principalelor rezultate" (p. 157). În a doua perioadă, analiza de formare avea ca scop demonstrația. Lipsa de formalitate a analizei de formare la acea vreme a devenit evidentă într-o scrisoare a lui Freud către Ferenczi în 1909, pe care Balint o citează și o traduce în cadrul unui articol al său. În acea scrisoare, Freud se referea la plimbările de două ori pe săptămână, după cină, cu Eitingen, în timp ce Eitingen era în analiză cu acesta. A treia perioadă a fost a unei „analize corecte". Ferenczi a afirmat că era de neconceput ca pacienții să fie analizați mai bine decât analiștii lor și că analizele acestora ar fi trebuit să fie pe cât de lungi, pe atât de profunde ca analize terapeutice. În 1922, la Congresul de la Berlin, s-a ajuns la acordul că numai acele persoane care „au trecut printr-o analiză de formare condusă de un analist recunoscut de societate la acea vreme" (Kovacs, 1936, p. 349) vor fi fost autorizați să practice psihanaliza. Ferenczi a provocat, de asemenea, a patra perioadă. El a crezut în aceea că analizele de formare ar trebui să reprezinte mai mult decât analize terapeutice. În 1927 a fost declarată o nouă doctrină: analiștii ar trebui să fie mai complet analizați decât pacienții lor (Kovacs, 1936). În această perioadă, analizele au devenit tot mai lungi. În timpul celei de-a cincea perioade, analizele de formare au avut, de asemenea, un scop de cercetare și au devenit un fel de „super-terapie" (Balint, 1954, p. 159). Analiza intenționa să meargă dincolo de conflictul Oedip, „în stările preoedipiene, ceea ce înseamnă că ei trebuie să exprime în cuvinte experiențe mintale dintr-o perioadă nonverbală sau chiar preverbală" (p. 159). De o importanță deosebită erau și „impulsurile agresiv-distructive ale minții" (p. 159).

Un număr de analişti au scris despre presiunile asupra analistului de formare. Rezultatul analizei a fost evident pentru colegii analistului (Heimann, 1954) şi a creat anxietate cu privire la judecata muncii lui/ei (Kairys, 1964). Mulţi autori (de exemplu: Calef şi Weinshel, 1973; Greenacre, 1966; Kairys, 1964; McLaughlin, 1973) au remarcat rolurile incompatibile de analist şi evaluator, dacă analiştii au raportat comitetului de formare progresul analitic al candidatului. Practica generală în multe institute a fost ca analistul să comenteze stadiul de pregătire a candidatului de a acorda terapie pacienţilor şi stadiul de pregătire pentru absolvire. Kairys (1964) a recomandat ca analiza de formare să fie separată de institut, iar McLaughlin (1973) a recomandat o analiză de formare fără raportare.

Limentani (1974) a evidenţiat mai multe dintre problemele specifice asociate analizei de formare. El a discutat în mod specific interferenţele în ceea ce priveşte candidatul, jucarea unui rol dublu de pacient şi student, iar în ceea ce priveşte institutul, contextul în care are loc analiza de formare. Acest punct a fost elaborat în continuare de Pfeffer (1974, p. 79), care a spus că „analistul de formare este confruntat cu un student-pacient care nu doar că doreşte să fie analizat, dar care doreşte şi să fie analist. Studenţi diferiţi au diverse grade de motivaţie ce pot varia între aceste două scopuri". Probleme speciale de identificare se ivesc pentru că analistul de formare este probabil primul model de analist al studentului. Mai mult decât atât, studentul este ceea ce Pfeffer apreciază a fi un „pacient captiv", care nu are abilitatea de a opri analiza pentru că aceasta constituie o cerinţă. În plus, studentul este prins între supunerea faţă de acesta sau aceasta şi supunerea analistului faţă de institut.

Limentani (1992) a conturat scopurile analizei de formare ca fiind „îndeajuns de bune", parafrazându-l pe Winnicott (1965) în privinţa oferirii îngrijirii adecvate, necesare pentru o dezvoltare a unui Eu solid. El a spus că terapia analitică este o faţetă unică şi controversată a formării analitice, dar că „aceasta conduce de asemenea la negarea din partea analistului precum că ar reprezenta o situaţie foarte *specială*" (p. 133). Sachs (1992) şi-a concentrat atenţia pe problemele sincretice ale combinării formării şi terapiei, evocând discuţii anterioare. Într-o analiză de formare, contratransferul pacientului/candidatului devine mai încărcat cu sentimente privind institutul căruia îi aparţine şi faţă de rolul institutului în succesul formării. Limentani a susţinut afirmaţia lui Sachs, la o conferinţă din 1965 (citat în Limentani, 1922, p. 135), cum că este necesar un simţ artistic „pentru a numi şi încadra probleme care servesc

ca echilibru ambiţiilor nesfârşite de reducţionism şi... ambiţiilor de nesatisfăcut ale fiinţelor umane". Aceste conflicte continuă să reverbereze în domeniu, sugerând că munca empirică ne poate ajuta „să numim şi să încadrăm" unele dintre problemele specifice care planează în analiza de formare.

Într-un articol recent, Gerber (2001, p. 14) a susţinut că „este ceva greşit în relaţia dintre psihanaliză şi cercetare". El a făcut următoarele recomandări: (1) candidaţii în formare ar trebui să înveţe cercetare din prima zi, pe lângă teorie şi practică, (2) clinicienii ar trebui să citeze cercetările în cadrul cursurilor teoretice şi clinice şi (3) cercetătorii ar trebui să dezvolte o baterie de standarde pentru a măsura parametri importanţi ai pacientului şi terapiei, permiţând o procedură consistentă de măsurare.

În cadrul *Unfree Associations (Asociaţii Nelibere)*, Kirsner (2000) a examinat lucrările interne ale câtorva institute psihanalitice de formare. El menţionează „divizia tripartită în educaţia analitică pe care majoritatea institutelor o adoptă — analiză de formare, seminarii şi supervizare" — şi spune că „analiza de formare este privită drept cea mai importantă" (p. 4). Aici este locul în care învăţăturile psihanalitice sunt transmise, iar „analiştii formatori îi miruiesc pe analişti prin intermediul analizei de formare" (p. 4). De vreme ce un analist de formare are dreptul să conducă o analiză cu un candidat ca parte a formării, tensiunile de control şi de putere sunt extreme.

Mai târziu, în cartea sa, Kirsner descrie mişcarea reformatoare care a avut loc în cadrul Boston Psychoanalytic Society and Institute (Institutul şi Societatea Psihanalitică Boston), unde un director a propus o schimbare structurală permiţând candidaţilor să aleagă un membru redutabil pentru analiza lor de formare. Această schimbare a asigurat faptul că analistul nu putea fi vreodată contactat pentru un raport privind candidatul. Membrii institutului au dorit o analiză de formare bazată pe nonraportare, iar aceasta a condus la nenumărate controverse în cadrul comunităţii analitice din Boston. Problema raportării versus nonraportare este o problemă centrală a formării analitice. În remarcele sale de încheiere, Kirsner sugerează să se renunţe la poziţia analistului de formare şi recomandă abolirea analizei de formare obligatorii, în întregime.

Kirsner a sugerat în continuare o serie de soluţii mai puţin radicale, cum ar fi: ca analizele candidaţilor să fie păstrate în întregime separate de institut; candidaţilor ar trebui să li se permită să îşi aleagă analistul; analistul formator nu ar trebui să fie asociat cu procesul de evaluare şi ca nici un raport privind progresul candidatului să nu fie predat institutului. Aceste soluţii, crede el, vor elimina puterea actualmente dată

analiştilor de formare şi vor ajuta la eliberarea de ceea ce el caracterizează ca „greşeală fundamentală în institutele analitice": calificarea „pe baza unei pretenţii nejustificate de cunoştinţe" (p. 248). Unele institute, desigur, nu au pretins niciodată rapoarte ale analizelor sau au abandonat această practică în timp.

Cercetare privind analizele de formare

Doar foarte puţine studii empirice privind analizele de formare au fost publicate (Craige, în presă; Curtis, Field, Knaan-Kostman şi Mannix, în presă; Martinez şi Hoppe, 1991, Shapiro, 1974, 1976), deşi au existat câteva studii asupra terapeuţilor care au experimentat psihanaliza ca parte a formării lor. În cele ce urmează, rezumăm rezultatele majore ale acestor studii, în ordine cronologică.

Shapiro (1974) a trimis chestionare tuturor celor 198 de absolvenţi ai săi din cadrul Columbia University Psychoanaliytic Center for Training and Research (Centrul de Formare şi Cercetare Psihanalitică al Universităţii Columbia). 62% dintre chestionare au fost returnate, 121 complete şi 2 parţial complete. Anonimitatea a fost garantată, cu doar patru respondenţi care au ales să îşi semneze chestionarele. S-a remarcat că a existat o rată de retur mai mare printre absolvenţii din ultimii 10 ani. Pe lângă răspunsurile la întrebări legate de probleme cum ar fi durata analizei şi beneficierea de analiză ulterioară, respondenţii au fost întrebaţi care dintre cei trei factori au reprezentat probleme semnificative pentru analiză: (a) propriile probleme; (b) dificultăţile în separarea de analistul tău şi (c) dificultăţi „legate de beneficierea de analiză personală în contextul programului de formare psihanalitică a institutului" (Shapiro, 1976, p. 39).

Şase dintre fiecare şapte respondenţi au cotat rezultatul ca satisfăcător. Acest lucru s-a întâmplat cu toate că analizele de formare fuseseră toate analize cu raportare la institut până la momentul evaluării. 32% dintre analişti au cotat tratamentul lor ca „foarte satisfăcător", 53% ca „în general satisfăcător", 12% ca „întrucâtva nesatisfăcător" şi 2% ca „foarte nesatisfăcător". Analiştii foarte mulţumiţi de propriile rapoarte au părut „să fi intrat în tratament iniţial cu o patologie de caracter şi simptomatologie mai puţin severe" (Shapiro, 1976, p. 15). Chestionarul nu a cerut o autoevaluare a diagnosticului. Unu din 12 a raportat lupta cu probleme semnificative derivate dintr-o admiraţie excesivă a analistului de formare. Doar unu din 10 absolvenţi a reintrat mai târziu în

analiză, iar majoritatea au făcut aceasta cu foștii analiști. Ei au afirmat că motivul pentru care au dorit suplimentarea analizei a fost constituit de existența unor noi probleme sau a unor situații noi de viață.

Din grupul de rezultate „în general satisfăcătoare", două cincimi au raportat dificultăți majore și puțin sub o treime au raportat una sau mai multe probleme severe nerezolvabile. O patologie de caracter semnificativă a fost identificată în cadrul unei treimi a acestui grup — dificultățile în rezolvarea unei astfel de patologii poate au fost accentuate prin rolul evaluator și de raportare al analistului sau prin reacțiile contratransferențiale ale analistului. O cincime din acest grup a beneficiat de analiză suplimentară.

Dintre cei 28% care au mărturisit dificultăți severe în analiză, 25% au crezut că dificultățile s-au ivit doar dată fiind personalitatea lor, 28% le-au pus pe baza personalității lor, celei a analistului și contextului, combinate, 23% le-au pus doar pe baza contextului, 18% doar pe baza analistului și 6% pe contextul de formare și analistul de formare.

Din grupul celor care nu au fost mulțumiți (15%) cu un rezultat al analizei de formare, aproape jumătate (44%) au raportat o patologie personală semnificativă, în timp ce, dintre cei satisfăcuți de beneficiile obținute, doar 8% au raportat o astfel de patologie. O pătrime a considerat că dificultățile majore erau cauzate de personalitatea sau comportamentul analistului formator. Dintre cei care au fost nemulțumiți de rezultatul terapeutic, 17 din 18 au privit problemele ca măcar unele venind din partea analistului formator. În cazul a trei cincimi, aceste probleme au fost de nerezolvat. Shapiro a menționat că a fost surpinzător că au existat atât de puține sentimente exprimate cu privire la desemnarea analistului de către institut, lucru care ar fi putut să limiteze succesul acestor analize. Deși toți respondenții au absolvit institutul, chestionarul nu a întrebat și dacă analistul de formare a împiedicat progresul candidatului în formare în vreun punct, cum ar fi în acordarea de terapie sau absolvirea.

Goldensohn (1977) a condus o evaluare a experienței de formare generale a absolvenților din William Alanson White Institute (Institutul William Alanson White), incluzând o cotație a experienței lor în analizele de formare. Dintre cei 183 de absolvenți, doar 7% au returnat chestionarul. Atunci când li s-a cerut să coteze aspectele variate ale experienței de formare, 89,5% au raportat că analiza de formare a fost folositoare sau întrucâtva folositoare. Astfel, a fost inventat un sistem de îngreunare a ceea ce era cel mai de folos în formare. Experiența de supervizare (cotată 3,64 pe o scală de 4 puncte) a fost îngreunată cel mai mult, urmându-i

ca importanță analiza de formare. Pentru că doar puțini analiști au returnat chestionarul, nu este clar dacă rezultatele au fost reprezentative pentru atitudinile privind experiența de formare.

În plus față de aceste studii asupra formării psihanalitice, Buckley, Karasu și Charles (1981) au condus un studiu asupra a 97 de psihoterapeuți practicieni care au experimentat psihoterapia intensiv (24%) sau psihanaliza (76%). Dintre acești 97,71, 74% au returnat chestionarul. Beneficiile tratamentului au implicat îmbunătățiri ale stimei de sine (94% dintre respondenți), ale funcționării în muncă (86%), ale vieții sociale/sexuale (86%), ale caracterului (89%) și eliminarea simptomelor (73%). Îmbunătățiri ale tuturor ariilor (stimă de sine, funcționarea la lucru, viața socială/sexuală, schimbarea caracterului și eliminarea simptomelor) au fost corelate pozitiv cu sentimentul de a fi plăcut de către și de a-l plăcea pe terapeut. 21% au raportat că tratamentul lor a fost dăunător într-un fel sau altul. Datele au sugerat că problemele de transfer nerezolvate au fost centrale, având un efect negativ.

Meisels (1990) a raportat despre aplicațiile în scopul de a deveni membri ai secției pshihologice/psihanalitice a Psycoanalytic Division of the American Psychological Association (Divizia Psihanalitică a Asociației Psihologice Americane). Faptul de a fi membru în această secție pretinde o formare în cadrul unui institut psihanalitic, astfel încât toți respondenții să fi experimentat o analiză înainte sau după formare. El a făcut parte din comisia care examina formularele de aplicare pentru a deveni membru, ce includeau istoriile personale analitice a sute de aplicanți. Majoritatea aplicanților aveau șapte sau opt ani de analiză, între un sfert și o treime beneficiind de peste 10 ani de tratament. El a observat că terapeuții puteau învăța multe despre acțiunea terapeutică a psihanalizei studiindu-se sistematic pe sine.

Studiul Institutului William Alanson White și al Institutului Oslo pentru Psihoterapie privind analizele de formare

Curtis și alții (2004) au pus întrebarea analiștilor despre ceea ce au crezut ei că a condus în cea mai mare parte la schimbare în propria analiză. Analiștii erau instruiți să raporteze o analiză, care putea fi analiza de formare, dar nu li se cerea să indice ce analiză au ales. Acest studiu a investigat ceea ce au experimentat analizanzii ca fiindu-le de cel mai mare folos și cel mai dăunător în analizele lor.

Cercetătorii au trimis chestionarele tuturor absolvenților Institutului William Alanson White și ai Institutului Oslo pentru Psihoterapie, din Norvegia (în total peste 300 de analiști), ambele membre ale International Federation of Psychoanalytic Societies (Federația Internațională a Societăților Psihanalitice), cu analize de formare neraportate. Au fost returnate 75 de chestionare. Chestionarele cuprindeau întrebări demografice, 68 de comportamente ale analiștilor (cuprinzând cotații de frecvență și gradul în care s-au constituit ca folositoare/dăunătoare) și 79 de întrebări privind schimbările acestor psihanaliști atunci când erau pacienți. A existat și o întrebare cerându-le analizanzilor raportul asupra schimbării lor generale percepute.

Practic, toți (98%) acești pacienți-analiști și-au dat lor înșile diagnostice, cele mai comune fiind un stil caracterial depresiv (49%) și un stil obsesiv-compulsiv (14%). În general, 87% dintre analiști au raportat o schimbare pozitivă generală moderată sau ridicată, cu doar 1% raportând deteriorarea în timpul tratamentului.

Datele de la analiștii norvegieni și americani nu au diferit semnificativ în privința a ceea ce consideră a fi folositor și dăunător în analizele lor. Acestea au diferit în aceea că analiștii ca pacienți au atribuit analiștilor lor o orientare interpersonală în majoritatea cazurilor de la Institutul White și o orientare freudiană în majoritatea cazurilor de la Institutul Oslo.

În primul rând, a fost examinată media cotațiilor folositoare și dăunătoare. Comportamentele analistului individual cotate drept cele mai folositoare au fost acelea de sprijin și acceptare (de exemplu: „deschis la ideile, experiențele și sentimentele mele", „era necritic și nu mă judeca" și „îmi valida experiența"). Alte comportamente printre cele mai folositoare au fost legate de pătrunderea psihologică, cum ar fi itemul: „Îmi punea întrebări care mă ajutau să gândesc și să simt în moduri noi". Exprimarea afectivă a analistului și însuflețirea au fost foarte importante pentru pacienți, lucru ce s-a reflectat în cotațiile înalte ale afirmațiilor „era autentic", „îmi arăta căldură" și „avea simțul umorului".

Au fost evaluate apoi corelațiile cotațiilor folositor și dăunător care au raportat schimbare. 44% dintre cei 68 de itemi au fost semnificativ corelați cu schimbarea psihologică generală raportată. Itemul: „M-a ajutat să devin conștient de experiențe psihologice pe care le evitam" a fost itemul cel mai ridicat corelat cu schimbarea generală. Acești 44 de itemi semnificativi au fost introduși într-o analiză a factorilor, evidențiind cinci dintre ei: primul legat de acceptare, sprijin și oglindire, al doilea referitor la intervenții pozitive, active, al treilea a inclus problemele de cadru și

afect negativ și al patrulea s-a referit la audodezvăluire și factorul reciprocității (așa cum este indicat de o analiză de regresie multiplă). Ceilalți doi factori nu au fost semnificativ corelați cu schimbarea generală percepută.

Aceste rezultate sunt importante prin aceea că arată că nu simpla relație terapeutică afectează rezultatul terapiei, ci că anumite intervenții specifice din partea terapeutului joacă cel mai important rol în schimbare. Curtis și alții (2004) susțin că, pentru ca analiștii să ofere „cât mai mult ajutor posibil, trebuie să fim mai mult decât autentici, calzi și empatici. Trebuie să dobândim mai multe cunoștințe despre anumite intervenții care sunt mai eficiente în conducerea spre schimbare și despre acelea care, deși aplicate în mod frecvent, nu facilitează prea mult schimbarea".

În acest studiu, analiștii au răspuns și la chestionare despre propriile schimbări ca pacienți în psihanaliză. Au fost examinate 79 de posibile moduri de schimbare, incluzând întrebări menite să extragă schimbările cele mai potrivite pentru un grup profund funcțional, precum și câțiva itemi tip SCL-90. Majoritatea respondenților (58%) au raportat un grad general de beneficiu moderat, 29% un grad mare de beneficiu și 9% un grad mic de beneficiu, cu doar o persoană raportând deteriorare pe timpul analizei.

Pe o scală de 13 puncte de la „grav deteriorat" la „îmbunătățit spectaculos", schimbările medii au variat de la 0,19 la 3,46. Un grup de analize a relevat patru factori, care să prezică o schimbare generală: (1) încredere și acceptarea sentimentelor și impulsurilor; (2) îmbunătățirea relațiilor și a funcționării fizice; (3) simptome serioase; (4) simptome legate de alimentație. Itemii individuali care au primit cotația cea mai crescută de schimbare s-au referit la capacitatea de intimitate, preocupările legate de frica de a fi respins, abilitatea de a lega experiențele din trecut cu cele din prezent, faptul de a avea un orizont mai larg de opțiuni, faptul de a se simți confortabil cu propria putere, abilitatea de a pune sentimentele în cuvinte și mai puține îndoieli legate de sine. Itemii care au implicat cele mai puține schimbări au fost cei referitori la tulburările de alimentație și depersonalizare.

Așa cum s-a menționat anterior, trei factori de comportament ai analiștilor au prezis o schimbare generală — intervenții specifice, instaurarea unei relații suportive și reciprocitatea, în exact această ordine. În examinarea corelațiilor dintre comportamentul analiștilor și factorii de schimbare ai pacienților, factorii analistului „relație de suport" și „oferirea de sfaturi" au fost corelați cu schimbări în „încredere și acceptarea

sentimentelor", în timp ce „intervenția activă" a analistului a fost corelată atât cu „îmbunătățirea relațiilor" pacientului, cât și cu „încredere și acceptarea sentimentelor". Încă o dată, rezultatele generale indică faptul că intervențiile specifice în contextul unei relații de sprijin sunt cele care predispun cel mai mult la schimbări experimentate, nu doar alianța suportivă (sau relația). Dacă schimbările pe care acești analiști le-au raportat în ceea ce privește sentimentele lor față de ceilalți se aplică și la relațiile lor cu pacienții, atunci ei sunt capabili să dea dovadă de mai multă intimitate și de o gamă mai variată de emoții, sunt capabili să tolereze mai multe sentimente neplăcute și multe altele.

Studiul lui Craige asupra doliului postterminal

Studiul recent al lui Craige (2002) investighează cum experimentează analizanzii, care sunt candidați psihanalitici într-o analiză de formare, relația analitică după terminare. Potrivit lui Craige, doar puține lucrări iau în discuție destinul analizandului și împlinirea procesului analitic după terminare.

Craige a trimis un chestionar tuturor membrilor candidați ai Asociației Psihanalitice Americane. Dintre cei 642 de candidați care au primit chestionarul, aproximativ 57% au răspuns. În timp ce două treimi dintre respondenți erau încă în analiză, 121 de candidați terminaseră deja analiza de formare. Analizele de formare au variat de la unu la 16 ani, cu o durată de timp scurs de la terminare variind între o lună și 21 de ani (mediana a fost de 2 ani). 57 de candidați (47% dintre cei 121 de respondenți) au consimțit să fie intervievați. Majoritatea candidaților (76%) au experimentat un *sentiment de pierdere* după terminare, care a durat peste câteva zile. În medie, respondenții care au exprimentat un „sentiment al pierderii" au raportat că experiența lor de pierdere a durat între 6 luni și un an. Potrivit lui Craige, acest rezultat indică faptul că, dacă faza terminală a fost dureroasă, atunci și faza postterminală este posibil să fie dureroasă. Concluzia ei din toate acestea a fost că înțelegerea unei persoane și sentimentul de pierdere a analistului, așa cum este anticipat în timpul fazei terminale, nu protejează în mod necesar candidatul de experimentarea unor sentimente dureroase de pierdere după terminare.

Sentimentul pierderii relației analitice, unice, după terminare a fost pozitiv corelat cu toate dimensiunile legate de întreaga experiență generală a candidatului din timpul analizei de formare: o experiență

pozitivă, o experienţă de succes, o alianţă de lucru puternică, un transfer experimentat foarte intens, o relaţie caldă. A fost, de asemenea, corelat pozitiv cu un sentiment de îndeplinire a ceva valoros şi de a face *un* pas înainte în dezvoltarea adultă după terminare. Acest rezultat reliefează importanţa alianţei de lucru în obţinerea unui rezultat analitic de succes şi coroborează rezultatele lui Buckley şi alţii (1981) care au fost corelate cu un „ton" emoţional pozitiv şi cald al relaţiei de tratament. Un rezultat surprinzător pentru Craige a fost că nici sentimentul pierderii dureroase şi nici pierderea relaţiei analitice unice nu au fost semnificativ corelate cu pierderea emoţională semnificativă în copilărie sau maturitate. La fel cum sentimentul de pierdere nu a fost asociat nici cu urgenţa pierderii, separaţiei/individuaţiei sau traumei ca probleme importante în timpul analizei de formare.

Potrivit lui Craige, al doilea grup a avut, de asemenea, şi o „analiză destul de bună" care a ajuns la terminare printr-o înţelegere mutuală, dat fiind că se ajunsese la o rezoluţie rezonabilă a problemelor personale. Oricum, aceşti membri au raportat că au experimentat dificultăţi după terminare, incluzând faptul de a se fi simţit deprimaţi, pierduţi, furioşi sau abandonaţi. Sentimentele dureroase evocate de separaţia finală de analist i-au surprins pe aceşti candidaţi şi le-au încurajat capacităţile autoanalitice. Aceste stări sentimentale postterminale au fost destul de dureroase pentru a-i trimite pe doi dintre candidaţi înapoi în terapie pentru o scurtă perioadă de timp şi i-au direcţionat pe alţi doi spre o a doua scurtă terapie. Prin tratament suplimentar, toţi membrii acestui grup au ajuns la o terminare cu succes şi şi-au stabilit o prezenţă a imaginii interne a analistului ca predominant pozitivă.

După cum afirmă Craige: „Cel mai serios rezultat al acestui studiu este că 28% dintre candidaţi s-au cotat pe sine ca dezamăgiţi de rezultatele analizei lor". Candidaţii dezamăgiţi s-au cotat pe ei înşişi mult mai scăzut decât ceilalţi respondenţi, pe toate scalele de experienţe din timpul analizei, şi au fost mai pasibili să îşi încheie analizele într-o stare de impas sau într-un punct mort. Ea sugerează că aceste rezultate semnalează o nevoie de studii suplimentare.

Craige afirmă, de asemenea, că o calitate pozitivă a acestui nou obiect nu este oricum de neschimbat. În timpul fazei postterminale, colaborarea afectivă a imaginii interne a analistului se poate schimba de la destul de bun la rău, distrugând rezultatele unei analize bune, atunci când analizandul experimentează pierderea analistului ca o repetiţie a pierderilor mai timpurii şi traumatizante sau ca o ruptură a unui transfer neanalizat, cu obiect de Sine. Tocmai de aceea, faza postterminală ar

trebui privită ca o perioadă de vulnerabilitate în viața analizandului. Ea susține că un analizand care trece cu succes prin această fază potențial periculoasă poate dobândi un sentiment de mobilitate spirituală și împlinire sporit. Ideile lui Craige reprezintă o contribuție importantă la înțelegerea noastră asupra analizei de formare, împreună cu un continuum care se extinde dincolo de data terminării și în peisajul „interminabil" al înțelegerii al lui Freud.

Studiile lui Martinez și Hoppe

Studiile suplimentare asupra analizelor de formare ale Dianei Martinez și Sue Keir Hoppe (1988) se concentrează asupra reprezentării internalizate a propriului analist al analizanzilor, din prisma beneficiului terapeutic perceput. Studiul lor susține că o lipsă a unei astfel de prezențe internalizate era mai obișnuită celor care s-au simțit neatinși sau răniți de experiența lor analitică. Chestionarul lor a explorat natura prezenței internalizate a analistului postanaliză și a relației acestei prezențe asupra rezultatului perceput. Itemii privitori la rezultate au inclus și sexul analistului, și contactul postanalitic. Martinez și Hoppe au trimis chestionarul la 600 de membri selecționați aleatoriu ai Asociației Psihanalitice Americane. Rata de răspuns a fost de 36%.

Rezultatele principale s-au prezentat după cum urmează: 78% dintre respondenți au spus că au obținut beneficii „foarte mari" sau „extraordinare" din analizele de formare. 63% dintre bărbați și 72% dintre femei au raportat că analistul lor de formare este o prezență continuă intrapsihică, fie ca „o persoană în capul meu" (33%), „care observă" (29%), fie „care mă crește sau mă alină" (27%). 70% au sentimente „drăgăstoase, calde" pentru analiștii lor de formare. Aceste variabile semnificativ corelate cu beneficiul perceput au fost: (1) experiența unei prezențe intrapsihice continue, (2) faptul de a beneficia de terapie sau analiză suplimentară cu analistul postanaliză și (3) contact ulterior de natură colegială sau prietenească. Concordant cu rezultatele lui Kantrowitz (1992, 1993, 1995; Kantrowitz și alții, 1989; Kantrowitz, Katz și Paolitto, 1990), nu au existat corelații semnificative între beneficiul perceput și durata analizei. În plus, respondenții care nu au declarat nici un contact postterminal cu analiștii lor au raportat un beneficiu obținut scăzut în urma analizei, purtând sentimente pentru analist „actualmente de aversiune/de furie" și o prezență intrapsihică (dacă a existat una) „autoritară/critică".

Aceste rezultate coincid cu rezultatele cercetării asupra psihoterapiei ale lui Geller (Geller, Cooley şi Hartley, 1981; Geller, 1999), în urma aplicării Chestionarului privind Reprezentarea Terapiei (Therapy Representation Inventory). Concret, reprezentarea internă a terapeutului şi folosirea acestei reprezentări pentru un dialog continuu sunt semnificativ corelate cu îmbunătăţirea autopercepută (vezi capitolul 27).

De menţionat sunt rezultatele dezamăgitoare legate de aceste analize ale 22% dintre candidaţii în formare, în studiul lui Martinez şi Hoppe (1998), ale 28% în studiul lui Craige (2002) şi 14% din studiul lui Shapiro (1974, 1976). Date fiind timpul şi costul mare al acestor analize, rezultatele sunt deranjante şi ar putea reflecta practica numirii unor analişti care ar şi putea raporta unui comitet de formare. În schimb, doar unul dintre analiştii din studiile asupra institutelor White şi Oslo, unde analiştii în mod clar nu erau numiţi şi nu întocmeau rapoarte, a simţit că nu a avut nici un beneficiu de pe urma terapiei. Împreună, aceste studii ale lui Martinez şi Hoppe şi Craige sugerează că este foarte important ca analiza să fie terminată cu o imagine internă predominant pozitivă asupra analistului, dacă este posibil.

Studiile Institutului Psihanalitic San Francisco

Bush (2004), din cadrul San Francisco Psychoanalytic Institute (Institutul Psihanalitic San Francisco), conduce o cercetare în curs asupra a cum îşi văd psihanaliştii propria analiză în termeni de eficienţă. Bush citează două obiective majore ale proiectului său: (1) dezvoltarea unui chestionar cuprinzător al rezultatelor, care să poată fi folosit ca un instrument de cercetare pentru a studia eficienţa psihanalizei, pentru a testa explicaţiile diferite ale modului în care survine schimbarea şi pentru a investiga dacă componentele variate ale tehnicii şi procesului psihanalitic contribuie la dimensiunile diferite ale rezultatului şi (2) obţinerea unei evaluări retrospective a analiştilor absolvenţi asupra ingredientelor eficienţei în propriile analize.

Măsura sa, Psychoanalyst Feedback Questionnaire (PFQ) (Chestionarul de Feedback al Psihanalistului) solicită informaţii detaliate despre: (1) cum s-a schimbat analizandul ca urmare a analizei sale, (2) ce componente ale tehnicii analistului, manieră şi relaţie cu analizandul au contribuit pozitiv la schimbările care au fost făcute sau, în mod negativ, la schimbări care nu au fost făcute, (3) ce relaţii din copilărie au influenţat modul în care analizandul a reacţionat la analist şi (4) modul în care

orientarea teoretică și istoria de familie au afectat „potrivirea" dintre analizand și analist.

Rezumat și concluzii

În mare parte, studiile privind analizele de formare sunt concordante cu cele privind terapia terapeuților (vezi capitolul 25). Rezutatele referitoare la procentajele de analiști (75–87%) care au beneficiat de pe urma analizelor lor de formare sunt similare cu cel raportat de Orlinsky și Norcross referitor la terapeuți în general. Analiștii, la fel ca și terapeuții în general, s-au văzut pe ei înșiși ca obținând beneficii în ceea ce privește conștiința de sine și deschiderea către propriile sentimente. Ei s-au văzut, de asemenea, ca îmbunătățindu-se în relațiile cu ceilalți, precum și având mai puține simptome. Oricum, nici unul dintre studiile publicate nu a examinat dacă analiza lor i-a ajutat să lucreze mai bine cu pacienții lor sau în faptul de a fi plăcuți de către sau a fi toleranți cu pacienții lor. Pentru psihanaliză, ideea de a visa analistul este de așteptat și nu a fost corelată cu rezultate negative. Prezența intrapsihică a analistului după terminare a fost un beneficiu al tratamentului, important pentru mulți dintre analiști. Deși psihanaliștii în cadrul unei analize raportate ca nesatisfăcătoare au experimentat probleme legate de personalitatea analistului de formare, nu au fost întrebați specific dacă analistul era senzualizat sau sadic, așa cum s-a întrebat în cazul altor studii asupra terapeuților. Problemele au părut să fie adesea legate de rolul evaluator al analistului, de abilitatea analistului de a împiedica progresul necesar absolvirii și de terminare atunci când nu există o imagine internă predominant pozitivă a analistului. Studii complexe au arătat, de asemenea, că anumite intervenții din partea analistului sunt folositoare și că nu numai căldura, ci și calitatea înțelegerii relației în sine a fost legată de rezultatul autoraportat al acestor analize de formare.

Cercetare viitoare

Analiza de formare continuă să fie privită drept cea mai importantă parte a educației psihanalistului. În ciuda acestei credințe, există puține cercetări referitoare la ceea ce se întâmplă în aceste analize sau în alte analize. În reluarea programelor internaționale majore de cercetare asupra psihoterapiei, Beutler și Crago (1991) au descoperit că 18 din 40

sunt orientate spre psihanaliză. De vreme ce analiza de formare este parte a lucrului orientat psihanalitic, este păcat că nu se dedică mai multă muncă de cercetare acestei părți critice a educației analistului. Există pur și simplu o lipsă de cercetare cu privire la rezutatele psihanalizei, în general, și a analizelor de formare, în particular, deși există un corp de cercetare care începe să se dezvolte, menit să gestioneze procesul analizelor de formare.

Lăsăm cititorul cu unele întrebări și idei de cercetare, care pot fi de interes pentru generația curentă de analiști de formare și de analizanzi cu care aceștia lucrează. Unele dintre aceste întrebări sunt după cum urmează: (1) Ce factori disting analizele de formare de alte analize? (2) Cum afectează perspectiva teoretică a analistului sau orientarea unui institut rezultatul analizelor de formare? (3) Ce influență asupra rezultatului o au calitățile personale ale analistului și potrivirea dintre analist și pacient? (4) Ce constituie un rezultat eficient pentru analizele de formare? (5) Care este efectul nonraportării versus raportare, în timpul analizelor de formare? (6) Pentru acei analizanzi care sunt dezamăgiți de experiență, de ce sunt reprezentate sursele lor majore de dezamăgire? (7) Sunt schimbările experimentate de către analiști în cadrul analizelor de formare coroborate de către analiști, pacienți și alții? (8) Se constituie schimbările în analistul-pacient în beneficii ulterioare pentru propriii pacienți? (9) Diferă intervențiile psihanalitice care sunt cele mai folositoare pentru practicienii în sănătatea mintală de cele mai folositoare pentru persoane nespecializate, dar care prezintă probleme similare? (10) Deviază analiștii de formare de la tehnica analitică mai puțin în analizele de formare decât în alte analize?

Bibliografie:

Balint, M., „Analytic training and training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 157-162

Benedek, T., „Training analysis — past, preset, and future" în *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 1969, p. 437-445

Beutler, L.E. și Crago, M. (editori), *Psychotherapy research*, American Psychological Association, Washington D.C., 1991

Bibring, G., „The training analysis and its place in psychoanalytic training" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 169-173

Buckley, P., Karasu, T.B. și Charles, E., „Psychotherapists view their personal therapy" în *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18, 1981, p. 299-305

Bush, M., *How psychoanalysts view their own analyses: An effectiveness study*, San Francisco Psychoanalytic Institute, San Francisco, (lucrare nepublicată), 2004

Calef, V. și Weinshel, E.M., „Reporting, non-reporting, and assessment in training analysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 1973, p. 714-726

Craige, H., „Mourning analysis: the post-termination phase" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 2002, p. 507-550

Curtis, R., Field, C., Knaan-Kostnam, I. și Mannix, K., „What 75 psychoanalysts found helpful and hurtful in their own analyses" în *Psychoanalytic Psychology*, 29, 2004, p. 183-202

Freud, S., „Analysis terminable and interminable" în J. Strachey (editor și traducător), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 23, Hogarth Press, Londra, 1968a, p. 141-151

Geller, J.D., Cooley, R. și Hartley, D., „Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective" în *Imagination, Cognition, and Personality*, 1, 1981-82, p. 123

Geller, J.D., „What does it mean to practice psychotherapy scientifically?" în *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 10, 1999, p. 199-205

Gerber, A., „A proposal for the interation of psychoanalysis and research" în *Psychologist/Psychoanalyst Newsletter of Division*, 39, 2001, p. 14-17

Goldensohn, S.S., „Graduates' evaluation of their psychoanalytic training" în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5, 1977, p. 51-64

Greenacre, P., „Problems of training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis Quarterly*, 35, 1966, p. 540-567

Heimann, P., „Problems of the training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 1954, p. 163-168

Kairys, D., „Training analysis: A critical review of the literature and a controversial proposal" în *Psychoanalytic Quarterly*, 33, 1964, p. 485-512

Kantrowitz, J., „The analyst's style and its impact on the analytic process: Overcoming an analyst-patient stalemate" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 1992, p. 169-181

Kantrowitz, J., „The uniqueness of the patient-analyst pair: Approaches for elucidating the anayst's role" în *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 1993, p. 893-904

Kantrowitz, J., „The beneficial aspects of the patient-analyst match" în *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 1995, p. 299-313

Kantrowitz, J., Katz, A., Greenamn, D., Morris, H., Paolitto, F., Sashin, J. și Solomon, L., „The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis:

A study of 13 cases" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 1989, p. 893-920

Kantrowitz, J., Katz, A. şi Paolitto, F., „Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the transference and the patient-anayst match" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, p. 655-678

Kardiner, A., *My analysis with Freud: Reminiscences*, Norton, New York, 1977

Kirsner, A., *Unfree associations*, Process Press, Londra, 2000

Kovacs, V., „Training and control analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 1936, p. 346-354

Limentani, A., „The training analyst and the difficulties in the training psychoanalytic situation" în *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 1974, p. 71-77

Limentani, A., „What makes training analysis „good enough"" în *International Review of Psychoanalysis*, 19, 1992, p. 133-135

Loshser, B. şi Newton, P.M., *Unorthodox Freud: A view from the couch*, Guilford, New York, 1996

Martinez, D. şi Hoppe, S., *The analyst's own analyst: Other aspects of internalization*, lucrare prezentată la a 29-a întrunire anuală a Society for Psychotherapy Research, Utah, Snowbird, 1998

McLaughlin, J.T., „Non-reporting training analyst, the analysis and the institute" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 1973, p. 697-712

Meisels, M., „The personal analysis" în M. Meisels şi E. R. Shapiro (editori), *Tradition and innovation in psychoanalytic education*, Erlbaum, Hillsdale NJ, 1990, p. 111-124

Menaker, E., *Appointment in Vienna: an American Psychoanalyst recalls her student days in pre-war Austria*, St. Martin's Press, New York, 1989

Pfeffer, A., „The difficulties of the training analyst in the training analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 1974, p. 79-83

Sachs, D., „What makes training analysis «good enough»: Syncretistic dilemma" în *International Review of Psychoanalysis*, 19, 1992, p. 147-158

Sachs, H., „Observations of a training analyst" în *Psychoanalyst Quarterly*, 16, 1947, p. 157-168

Shapiro, D., „The training setting in training analysis: A retrospective view of the evalutative and reporting role and other «hampering" factors» în *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 1974, p. 297-306

Shapiro, D., „The analyst's own analysis" în *Journal of the American Psychoanalysitc Association*, 24, 1976, p. 5-42

Torras de Bea, E., „Towards a «good enough» training analysis" în *International Review of Psychoanalysis*, 19, 1992, p. 159-168

Winnicott, D.W., *The maturational processes and the facilitating environment*, Hogarth Press, Londra, 1965

Capitolul 27

Limite și internalizare în psihoterapia psihoterapeuților

Perspective de cercetare și clinice

de Jesse D. Geller

Cuvântul „limită" a fost folosit ca o metaforă de către terapeuții individuali, de grup, de cuplu și de familie din diferite convingeri teroretice pentru a servi unor scopuri suprapuse multiple (de exemplu: Bowen, 1978; Epstein, 1994; Framo, 1982; Gabbard și Lester, 1995; Greene și Geller, 1985; Gutheil și Gabbard, 1993; Hartmann, 1991; Johnston și Farber, 1996; Minuchin, 1976; Ruttan și Stone, 1993; Smith și Fitzpatrick, 1995). „Limitele" au fost folosite pentru a descrie și înțelege: (1) discontinuitățile de timp, spațiu și definiția sarcinii care separă psihoterapia, ca un sistem social, de restul cadrului interpersonal, (2) cerințele de rol care sunt specifice pozițiilor pacientului și terapeutului, (3) standardele și codurile etice ale conducerii terapiei, care apar în urma eforturilor terapeuților de a proteja pacienții de ceea ce ar putea fi dăunător și exploatator și, în sfârșit, (4) ca activități mintale care le permit indivizilor să construiască și să conserve distincțiile semnificative dintre sine și nonsine, fantezie și realitate, spațiul personal „din interior" și spațiul extrapersonal „din exterior" și alte aspecte ale funcționării personalității care afectează cursul și rezultatul psihoterapiei.

Acest capitol, bazat pe rezultate din cercetare, aduce în prim-plan relevanța acestor aplicații interconectate, figurative ale noțiunii de limite pentru psihoterapiile oferite și experimentate de către psihoterapeuți și terapeuți în formare. Experiența și știința susțin două chestiuni care ar trebui să servească drept prim scop al acestui capitol. Prima, faptul că există factori „ai realității" care sunt mai mult sau mai puțin specifici psihoterapiei terapeuților-pacienți, care trebuie luați în considerare atunci când avem de-a face cu limitele contractuale, interpersonale, etice și intrapersonale care se ivesc în timpul fazelor de început, de terminare

și de postterminare ale procesului terapiei. A doua, modelele bazate pe internalizare privind acțiunea terapeutică a psihoterapiei oferă o poziție favorabilă, iluminatoare, din care putem să examinăm felurile în care psihoterapia contribuie la dezvoltarea personală și profesională a pacienților psihoterapeuți.

Cercetarea noastră (de exemplu: Geller, 1988, 1998) s-a concentrat în primul rând asupra acelor procese de internalizare care transformă modelele de ascultare și vorbire, de a vedea și a fi văzut, de a simți și de a fi cu ceea ce caracterizează în mod recurent schimburile comunicative care se întâmplă în cursul terapiei în agregate de reprezentări, suportate de interacțiuni cu terapeutul. Principiul central al acestui capitol se bazează pe faptul că este posibil ca pacienții să beneficieze de pe urma terapiei — și să mențină acele câștiguri și după terminare — astfel încât să construiască, să mențină în memoria de lungă durată, să folosească și să se identifice cu reprezentații pozitive privind „sinele în relație cu terapeutul meu empatic". Presupun în continuare că procesele care aduc aceste reprezentări influente benigne la viață sunt operative în toate terapiile în care pacienții și terapeuții lor comunică responsabil și creativ, în contextul unei relații în continuă evoluție, în termeni de colaborare și intimitate.

În orice caz, eu ar trebui să scriu despre terapia individuală de lungă durată expresiv-exploratorie. Pe când aveam vreo 50 de ani, am simțit că integram selectiv idei existențial-umaniste și psihodinamice în combinația proprie unic derivată (Geller, 2003b). Dacă m-aș simți îndeajuns de credibil, m-aș referi la mine însumi ca „gellerian". Am început să tratez terapeuți-pacienți cu o regularitate mai mare. În ultimii șapte ani, am avut în mod obișnuit între trei și cinci terapeuți-pacienți simultan în cazuistica mea. Deși sunt și excepții importante, majoritatea acestor indivizi au în jur de treizeci și ceva de ani și aspiră să devină terapeuți competenți și autonomi. Unul dintre terapeuții mei pacienți a fost un asistent social la pensie, de 72 de ani. La terminare, aceasta m-a părăsit cu o remarcă de neuitat: „Cât de extraordinar este să ajungi la apogeu la 70 de ani". Astfel, ori de câte ori am nevoie să îmi reamintesc de posibilitățile neîntrerupte ale dezvoltării adulte, mă gândesc de fiecare dată la ea.

Terapeuți și nonterapeuți ca pacienți

În mod evident, există o mare suprapunere între pacienții care sunt terapeuți și cei care nu sunt. Poate că ceea ce este cel mai izbitor este

faptul că terapeuții și nonterapeuții sunt subiecții aceloraşi agenți care contribuie la schimbarea terapeutică. La fel ca și pacienții nespecializați, terapeuții-pacienți variază mult în ceea ce privește estimările volumului de catharsis, îndrumare, restructurare cognitivă, asigurare, antrenare, mentorat, modelare de rol, confruntare și autoexplorare de care vor avea „nevoie". Ei variază, de asemenea, în ceea ce privește fricile referitoare la ceea ce ar putea să nu primească. Pacienții terapeuți și nonterapeuți sunt subiecți ai aceloraşi forțe care pot interveni în progresul terapeutic. De exemplu, indiferent de cât de bine pregătiți pot fi terapeuții-pacienți de a se vedea pe sine ca activ implicați în propriile dificultăți, aceștia vor coopera totuși în mod rațional cu terapeuții lor, rezistențele lor motivate inconștient pătrunzând în terapia terapeuților-pacienți în totalitatea lor, precum o fac și în psihoterapia pacienților nespecializați.

În același timp, este la fel de adevărat că pacienții terapeuți și nonterapeuți pot diferi în moduri care sunt relevante clinic și că astfel de diferențe se reflectă adesea în problematica legată de limite (vezi capitolul 25). De exemplu, oricare ar fi motivul lor original de căutare a terapiei, opțiunea lor pentru un anume terapeut se bazează pe surse de informație care le sunt mai la îndemână profesioniștilor în sănătatea mintală. Astfel, este mai degrabă posibil ca terapeuții-pacienți să aibă mai multe cunoștințe despre caracteristicile personale ale viitorului terapeut, despre reputația sa profesională și despre orientarea teoretică și ceea ce implică acești factori cu privire la ce se va întâmpla sau ce ar trebui să se întâmple în cursul terapiei, în comparație cu persoane la fel de bine educate, dar provenind dintr-o populație general clinică. Aceștia sunt mai familiarizați cu cadrul fizic în care lucrează terapeuții și au informații mai detaliate despre aranjamentele contractuale ale terapiei, înainte de a deveni pacienți. Terapeuții-pacienți își încep propriul tratament cu o conștiință mai mare a obiceiurilor, convențiilor și limbajului psihoterapiei decât pacienții nespecializați. Astfel, este mai degrabă posibil ca ei să detecteze acele momente în care terapeuții lor deviază de la practicile acceptate. În același timp, este mai curând posibil ca ei să fie conștienți atunci când ei înșiși deviază de la a se comporta ca un „pacient cuminte".

Pacienții nespecializați cunosc în general foarte puțin despre viețile private ale terapeuților lor. Se întâmplă astfel mai puțin frecvent ca ei să își întâlnească terapeutul în afara cadrului terapiei, în special dacă trăiesc în zone urbane foarte extinse. Prin comparație, în orașe mici cum ar fi New Haven, contactul extraterapeutic dintre terapeuții-pacienți și terapeuții lor este adesea „inevitabil". În locuri ca acestea, terapeuții-pacienți

au oportunitatea să își observe terapeuții la seminarii, petreceri, conferințe academice și întâlniri organizaționale.

Chiar și dacă ambii, terapeut și pacient, evită în mod strict contactele sociale sau profesionale în timpul cursului tratamentului, terapeuții-pacienți iau adesea parte la „bârfa" despre clinicienii lor. Repercusiunea este că mulți terapeuți-pacienți își încep tratamentul cunoscând mai multe aspecte ale reputației terapeutului, statutului în organizațiile profesionale și stilului de viața decât ar dori să admită în mod conștient. De exemplu, în departamentele de psihiatrie, juniorii își selectează adesea terapeuții dintre membrii seniori ai departamentelor. În schimb, este un fapt obișnuit printre pacienții nespecializați ca aceștia să se plângă că nu cunosc destule despre terapeutul lor „ca persoană".

Majoritatea terapiilor iau sfârșit cu înțelegerea, implicită sau explicită, a faptului că pacientul este liber să contacteze din nou terapeutul dacă nevoia se ivește din nou (Schachter, 1992). Pentru acei pacienți nespecializați care nu se folosesc de această oportunitate, terminarea terapiei reprezintă o separație totală și permanentă. În mod contrar, atunci când terapeuții-pacienți și foștii lor terapeuți continuă să trăiască și să lucreze în aceeași comunitate, există adesea multe oportunități de contact postterapeutic. În anumite comunități, profesioniștii în sănătatea mintală transformă relațiile terapeutice în relații de supervizare și vice-versa. Candidații analitici sunt destinați să devină colegii analiștilor lor de formare. Programele de formare Gestalt sunt similar organizate (vezi Lichtenber, capitolul 23).

Fac aceste diferențe vreo diferență?

În mod clar, terapia terapeuților are loc în contexte interpersonale și organizaționale care sunt destul de diferite față de cele care sunt întâlnite în cazul pacienților nespecializați. Efectul cumulativ al acestor diferențe este cel puțin dublat. Atunci când pacientul este și terapeut, o consecință de așteptat ar putea fi o conștiință crescută a sarcinilor terapeutice care gravitează în jurul limitelor temporale, spațiale și interpersonale, întrețesute cu structura de lucru a psihoterapiei. A doua consecință majoră ar fi introducerea unei limite interpersonale care lipsește atunci când pacientul este un nonterapeut. Această limită este creată de tensiunea dinamică dintre rolurile formale de terapeut și pacient și aspectele colegiale ale relației. Tratarea unui pacient terapeut în mod eficient cere protejarea și menținerea relației terapeutice profesionale și, în același

timp, onorarea faptului de a împărtăși apartenența la aceeași profesie. Reconcilierea unor pretenții, uneori competitive, ale acestor imperative duale complică în continuare sarcinile terapeutice care sunt și așa destul de dificile. Acestea includ localizarea amplasamentului optim al limitelor care separă sinele „profesional" și „personal" al terapeutului pacient și al terapeutului și alegerea unei instanțe clinice cu privire la polurile expertizei și egalitarismului. Nu în mod surprinzător, terapeuții pe care i-am evaluat au variat în înțelegerea și gestionarea problemelor legate de limite, ca una dintre cele mai provocatoare aspecte ale lucrului lor cu terapeuții-pacienți (vezi capitolul 25).

Intersubiectivitatea

Generațiile anterioare de terapeuți psihanaliști au minimizat influența împărtășirii aceleiași profesii în timpul analizelor de formare și analizelor personale (Fleming, 1987). Această perspectivă este o instanță particulară conținând o presupunere fundamentală. Potrivit teoretizării psihanalitice clasice, atât timp cât analiștii satisfac principiile abstinenței, anonimității și neutralității, reacțiile transferențiale vor începe cu și vor rămâne doar în pacient (Freud, 1940).

Orientarea mea în ceea ce privește terapia terapeuților se sprijină pe un punct de vedere opus. Cred că împărtășirea aceleiași profesii cu cea a pacientului influențează procesele interactive reverberând atât în pacient, cât și în terapeut în aproape aceeași măsură ca și sexul, vârsta, rasa, forma clasei sociale de zi cu zi și aspectele transferențiale ale relației terapeutice. Presupun că, asemănător acestor realități sociopsihologice autoevidente, importanța împărtășirii aceleiași profesii cu cea a pacientului are o influență asupra cursului și rezultatului terapiei, variind însă de la pacient la pacient și de la un moment la altul cu un anume pacient.

Această perspectivă este compatibilă cu tendințele convergente din literatura psihoterapiei analitice (de exemplu: Gabbard, 1995; Mitchell, 1993), existențiale (vezi Henry și Bugental, capitolul 21) și feministe (vezi Brown, capitolul 20). Terapeuții de astăzi iau acest fapt ca o presupunere a priori conform căreia procesele interpersonale și intrapersonale se afectează reciproc și nu pot fi clar separate (de exemplu Aron, 1991). Astfel, reacțiile transferențiale și rezistențele au ajuns să fie privite ca procese interactive care se desfășoară între pacient și terapeut, activitatea lor depinzând în parte de „realitatea" personală a terapeutului, inclu-

zând experiența sa personală asupra relației terapeutice (de exemplu: Ehrenberg, 1992; Hoffman, 1998).

Nu există nimic mai caracteristic teoretizării contemporane decât provocările noțiunilor de „realitate obiectivă" și realitate a „adevărului obiectiv" (Shevrin, 1995). De exemplu, se poate observa în dezbaterile despre statutul evident al „istoriilor de caz" că au devenit extrem de dificil de localizat limitele care separă literatura imaginativă de lucrările științifice (Spence, 1993). Consensul ivit este că „interființarea" (Mahoney, 1991) sau ceea ce Atwood și Stolorow (1980) numesc „intersubiectivitate", este contextul fundamental al modului de cunoaștere umană.

Menținând un accent crescut asupra aspectelor interdependente ale relației terapeutice, astfel de principii de bază cum ar fi mutualitatea, reciprocitatea, simetria și capacitatea de răspuns selectivă ajung să fie privite ca principiile de bază corecte pentru participarea în relația terapeutică (de exemplu: Aron, 1996; Bacal, 1985; Greenberg, 1995; Mitchell, 1993). Aceste idealuri metodologice, cum ar fi și trioul clasic freudian de anonimitate, abstinență și neutralitate, la care nici Freud însuși nu a aderat (Lohser și Newton, 1996), pot fi interpretate mai mult sau mai puțin restrictiv. Cu toate acestea, punctul lor de vedere tinde să încurajeze terapeuții să fie mai expresivi emoțional și să își dezvăluie sentimentele și atitudinile față de pacienți. Acest schimb a intensificat dezbaterile aprinse despre ceea ce ar trebui să dezvăluie și ceea ce nu ar trebui să dezvăluie un terapeut pacientului și a crescut ambiguitățile privind locul optim al limitei între intimitatea terapeutică și intimitatea personală.

În mod concurent, un accent asupra timpului precis al interpretărilor transferului este subordonat stabilirii unei relații „de vindecare" în teoriile tehnicii psihanalitice (de exemplu: Renik, 1993). O manifestare importantă a acestui schimb conceptual este accentul crescut pus pe secvența: empatie, eșecuri în empatie și repararea acestora de către terapeuți, conștienți că procesele de internalizare au o contribuție independentă și pozitivă la rezultatul terapiei (de exemplu: Blatt și Behrends, 1987; Dorpat, 1974; Kohut, 1971; Loewald, 1962; Mitchell, 1988). De exemplu, Kohut (1984) a propus ipoteza, iar noi suntem de acord cu aceasta, că empatizarea cu reacțiile negative ale unui pacient la injurii narcisice activează procesele de internalizare care îi vor întări stima de sine, vitalitatea, sensul coerenței și continuitatea. Ceea ce voi accentua în paginile care urmează este ipoteza conform căreia strategiile clinice desemnate să întărească potențialul terapeutic al proceselor de internalizare câștigă eficiență până acolo încât acestea sunt

comunicate printr-o apreciere empatică a naturii și funcționării limitelor psihologice ale unui pacient.

Ideea de limite psihologice

O limită este aceea care delimitează o entitate ca separată de o alta. Am ales termenul de „limită psihologică" pentru a mă referi la rețeaua complexă de procese intrapersonale, care probabil că ar putea sublinia și evidenția abilitatea de a face distincții între domenii diferite de experiență și de a stabili legături între ele. Cu alte cuvinte, ceea ce desemnez a fi limită psihologică sunt capacitățile reprezentaționale care oferă substratul nonverbal unor distincții bazate pe experiență ca înăuntru și în afară, sine și nonsine, trecut, prezent și viitor, amintire și imaginație, fantezie și percepție.

Unele limite psihologice operează la întâlnirea dintre domeniile de experiență interpersonale și intrapersonale. Presupun, prin urmare, existența lor din diferențele individuale în distincția dintre corpul fizic și etern prezenta „imagine corporală" sau „schemă corporală" (Fisher, 1979) și din variațiile la care antropologii se referă ca „spațiu personal" (Hall, 1966).

Fiecare dintre noi își construiește și își menține în mod incoștient o imagine psihică cuprinzând mai mult sau mai puțin coeziv întregul corp al unei persoane (de exemplu Fisher, 1979). Această imagine corporală este destul de diferită de ceea ce cunoaștem, obiectiv, despre fizicalitatea noastră. Dacă nu ar fi așa, alimentația și tulburările dismorfice corporale nu ar fi atât de prevalente. Cerințele introspective indică faptul că imaginile corporale variază de-a lungul unor continue multiple, de exemplu mărime, formă și tridimensionalitate, la fel ca și caracteristicile „penetrării" și „barierei" (de exemplu Bloomer și Moore, 1979). În combinații complexe, aceste atribute formează baza pentru sensul existenței unui „înăuntrul meu" și a unui „acolo în afară". Și, pentru a anticipa un punct ulterior, aceasta creează un spațiu cuprinzător sau simbolic, ca „mintea" în care se pot întâmpla experiențe psihologice.

Antropologii au fost primii care au descoperit existența unei limite psihologice care diferențiază mai departe „afară" în spațiu personal „interior" și spațiu extrapersonal „exterior" (Hall, 1966). Aparent, fără a fi necesar conștienți de aceasta, ne localizăm pe noi înșine în cadrul unei limite intangibile și invizibile care se extinde dincolo de și ne înconjoară imaginea psihică a corpurilor noastre. Realitatea experiențială

a acestei limite interpersonale este resimțită mai acut atunci când există delincvenți sau intruși în „spațiul nostru personal". Cercetările indică faptul că există diferențe culturale, caracterologice și situaționale, în distanțele la care indivizii simt că sunt „prea aproape de" sau „prea departe de" alte persoane cu care interacționează (de exemplu: Hall, 1966; Sommer, 1969).

Indivizii par să varieze mult în abilitatea de a separa aceste manifestări diferite ale limitelor psihologice de orice le însoțesc și le înconjoară. Limitele psihologice ce conțin autoreprezentările și reprezentările despre alții, separate și, în același timp, legate sunt aspecte integrale ale experiențelor subiective. Dar acestea operează în mod obișnuit la un nivel prereflexiv al funcționării simbolice. Proprietățile fenomenologice ale acestora sunt rareori aduse în conștiința focală.

O cercetare preliminară (Geller, 2003a) indică faptul că, dacă se gândește în mod conștient, limitele care structurează experiența „spațiului interior" tind să fie descrise prima dată în termeni de imagini vizuale și metafore. În ceea ce îi privește pe pacienții mei, aceștia tind să fie atrași de aceleași metafore atunci când descriu variații experimentate în limitele care definesc și delimitează imaginile psihice ale minților și corpurilor lor. Acele aspecte ale limitelor psihologice, care sunt potențial expuse, tind să fie descrise ca variind în ceea ce privește proprietăți ca loc, mărime, rezistență, perfecțiune, fluiditate, permeabilitate, transparență și capabilitate de a fi extinse, contractate sau mutate înainte și înapoi. Mai mult decât atât, schimbările calitative în aceste proprietăți tind să fie înțelese ca ivindu-se între extreme opuse. Rigiditate-flexibiliate, fluiditate-stabilitate, transparență-opacitate sunt trei dintre astfel de polarități. În cazul în care capcanele materializării pot fi evitate, aceste metafore oferă un vocabular folositor pentru a ne oferi cadrul gândirii și discutării despre problemele legate de limite care se pot ivi în cursul terapiei.

Limitele dintre psihoterapie și supervizarea psihoterapeutică

Oricare ar fi nemulțumirile lor și oricât de ezitanți ar fi în a prelua identitatea pacientului, terapeuții conduc în mod obișnuit terapia operând pe două fronturi în mod simultan — frontul terapeutic și cel educațional (de exemplu Geller și Schaffer, 1988). Mulți dintre analiștii pe care Shapiro (1976) i-a intervievat au citat identificări și contraidentificări cu abordările terapeuților lor ca singurul și cel mai important

determinant al atitudinilor lor faţă de ceea ce înseamnă *a fi* terapeut şi *a face* muncă terapeutică. În mod similar, educatorii psihanalitici au recunoscut de mult că „predarea şi vindecarea sunt dihotomii clar diferenţiate, dar că tind să încalce limitele lor defectuos definite" (Wolf, 1996, p. 253). Mai mult decât atât, cercetarea noastră indică şi că mulţi terapeuţi-pacienţi se folosesc de reprezentările internalizate ale terapeuţilor lor ca modele de imitat, poate doar în fantezie, atunci când experimentează dificultăţi în gestionarea aspectelor imprevizibile, stresante sau neobişnuite ale practicării terapiei (Geller şi Farber, 1993). Fie că sunt experimentate ca provocatoare sau înspăimântătoare, fie că servesc drept stimuli de conformitate sau de rebeliune, reprezentările stilului conversaţional al terapeutului unei persoane par să aibă o semnificaţie funcţională pentru alegerile unui terapeut privind expresivitatea, spontaneitatea şi limitele autodezvăluirii.

Un potenţial de confuzie

Destul de uşor de înţeles, metodele de predare ale supervizorilor psihoterapeuţi, care îşi concentrează atenţia asupra înţelegerii reacţiilor contratransferenţiale problematice, tind să fie privite de către studenţii terapeuţi ca modele ale modurilor în care este condusă terapia. Acest lucru este adevărat în special atunci când un supervizor merge atât de departe încât să exploreze felurile în care un candidat în supervizare exprimă indirect sau repune în scenă, în cadrul relaţiei de supervizare, identificări temporare sau probleme nerostite pe care le are cu un pacient (Doehrman, 1976). Învăţarea care are loc, atunci când astfel de „procese paralele" (Caligor, 1981) sunt supuse evaluării, poate fi la fel de eficientă comparativ cu cea congnitivă, cu învăţarea experienţială şi interpersonală care au loc în terapia exploratorie. Prin urmare, în cadrul acestui context de supervizare, o întreprindere educaţională în sine poate să înceapă să se simtă ca o preluare terapeutică. Atunci când prevalează astfel de condiţii, un terapeut-pacient poate echivala în mod inconştient experienţa de a fi în terapie cu cea de a fi în supervizare.

Dat fiind potenţialul de confuzie, la începutul terapiei sunt atent la oportunităţile de a ajunge la o înţelegere reciprocă a similarităţilor şi diferenţelor dintre învăţarea în sine şi autoexplorarea, care se desfăşoară în terapie, şi supervizarea psihoterapeutică, în special dacă terapeutul-pacient este în formare şi nu a fost în terapie personală niciodată.

Există momente în care un cadidat în supervizare îi va expune supervizorului reacțiile emoționale problematice și atitudinile sale față de anumiți pacienți (Yourman și Farber, 1996). Terapeuții în formare tind să le dezvăluie terapeuților lor ceea ce le „ascund" supervizorilor. Aceasta implică dificultatea lor în înțelegerea și gestionarea „punerilor în scenă" ale pacienților care evocă atitudini defensive, ostilitate și retragere. Încercarea de a înțelege, în terapie, dificultățile de conștiință implicate în această alegere poate aduce în discuție elemente foarte folositoare despre limitele care separă privatul de secret. Chiar și aduse în supervizare, este imposibil ca astfel de reacții contratransferențiale să poată fi explorate în întregime așa cum ar fi în psihoterapie.

Importanța de a distinge clar între psihoterapie și supervizare este extrem de urgentă, atunci când terapeutul caută „supervizare" la un fost terapeut într-o stare de criză privind supraimplicarea acestuia/acesteia în cazul unui anumit pacient. Dacă psihopatologia terapeutului pacient îl/o fac vulnerabil/ă la „încălcări ale limitelor" (Gabbard și Lester, 1995), este esențial să se propună contractual beneficierea de psihoterapie, și nu de supervizare. Altfel, clinicianul ajunge să se supună riscului de a se face la fel de responsabil pentru orice conducere defectuoasă a terapiei de care ar putea fi acuzat/ă pacientul/pacienta acestuia.

Pregătirea pacienților pentru psihoterapie

Cercetările conduse la începutul anilor 1960 mi-au întărit convingerea că socializarea indivizilor în rolul de pacient și educarea lor despre cum să folosească terapia pentru beneficiul personal oferă rezultate pozitive (de exemplu Hoehn-Saric și alții, 1964). Pentru a pregăti pacienții „naivi" pentru munca de explorare avută în vedere, încerc să subliniez curajul de care este nevoie pentru a vorbi în mod veridic despre „sinele vulnerabil". Pun, de asemenea, accent pe inevitabilitatea neplăcerii de a vorbi în mod veridic, dat fiind gradul de candoare și libertate afectivă care li se solicită pacienților. Ofer adesea ocazii să menționez că așa-zisele rezistențe și reacții tranferențiale negative sunt inevitabile și că acestea pot aduce la lumină cunoștințe altfel inaccesibile asupra fricilor și mijoacelor de apărare împotriva ostilității și urii.

Din primele momente de deschidere ale primei ședințe, pot implementa aceste strategii clinice cu terapeuții-pacienți în moduri în care să comunice alt mesaj — accept identitatea profesională pe care o împărtășim. De exemplu, pot să îmi verbalizez comentariile făcând apel la

persoane pe care doar un coleg terapeut le-ar recunoaște. Aduc în discuție citate și anecdote care fac parte din „istoria transmisă oral" nedocumentată, dar atât de vastă a profesiei noastre. Pentru a ilustra interdependența transferului și contratransferului, aș putea cita afirmația unui supervizor al meu atribuită lui Jung: „Nu se poate spune că terapia a început până când situația nu devine problematică pentru ambii participanți". Dacă pacientul este un terapeut neexperimentat luptându-se pentru prima dată cu „o reacție transferențială negativă", aș putea cita ceea ce mi-a spus un profesor. H.S. Sullivan a spus: „Doamne, ferește-mă de o terapie care merge bine".

Citându-i pe strămoșii noștri intelectuali, este un mod de a afirma că suntem amândoi membri ai aceleiași comunități și că o istorie comună a trecut de la o generație de terapeuți la alta. Această strategie clinică nu are întotdeauna succes. Un terapeut-pacient mi-a adus la cunoștință că citatul meu din Jung a fost, cel puțin pentru el, un „eșec de empatie, pentru că ar putea fi aplicat multor altora în afară de mine". Un alt pacient și-a trădat neplăcerea de a auzi anecdote alese de mine din propria carieră pentru a evidenția ceva. Gândindu-se ca nu cumva să spună „Urăsc anecdota ta", s-a regăsit spunând „Urăsc antidotul tău". Preiau toate acestea ca exemple, ca rezultate obținute în mod repetat în sprijinul faptului că acceptarea comentariilor unui terapeut nu depinde numai de corectitudinea acestora sau de valoarea de adevăr, dar și de modul în care aceste comunicări se integrează în preferințele stilistice și estetice ale unui pacient.

Referitor la stil, investigațiile „potrivirii" dintre terapeuți și pacienți (Kantrowitz și alții, 1989) și relatările autobiografice ale analiștilor care au fost tratați de doi sau mai mulți analiști (de exemplu: Couch, 1995; Guntrip, 1973; Hurwitz, 1986; Simon, 1993), pe lângă experiențele mele ca pacient, converg în ceea ce privește varietatea generalizărilor. Cea mai importantă dintre acestea este aceea că atât terapeuții, cât și pacienții posedă în mod inevitabil stiluri conversaționale distinctive și potențial diferite. A doua, din punctul de vedere al pacientului, poate fi dificil să distingi între competența percepută a unui terapeut și sentimentele pozitive sau negative legate de stilul său conversațional. A treia este o caracteristică distinctivă a competenței terapeutice și se referă la abilitatea de a vorbi pe o „voce" care este acordată cerințelor de comunicare ale unui pacient. A patra, acordând atenție de gândire cerințelor de comunicare ale unui pacient cu privire la stil, această experiență va fi privită ca un răspuns afirmativ și empatic la întrebări care conțin adesea interacțiuni între terapeuții-pacienți și terapeuții acestora: „Este

terapeutul capabil să recunoască și să răspundă în mod flexibil individualității mele?" „Poate el sau ea să îmi înțeleagă exprienţele concrete și imediate?" „Este el sau ea capabil/ă și pregătit/ă să învețe cu și de la mine?" „Insistă el/ea pe controlarea întregii terapii?" „Cât de puternic ar trebui să fie fiecare dintre noi pentru a decide care sunt nevoile de schimbare și cum ar trebui întreprinse aceste schimbări?"

Dinamicile de putere ale terapiei

Există mai multă putere și mai multă autoritate inerente rolului de terapeut decât rolului de pacient. Acest fapt încărcat emoțional este evident în următoarele surse potențiale de frustrare și gratificare. Terapeuții au sarcina de a defini și controla unde și când va avea loc terapia. Ei au autoritatea legitimă de a impune restricții geografice și limitări temporale ale disponibilității lor. Terapeuții au, de asemenea, responsabilitatea principală de a conceptualiza și desemna sarcinile și împărțirea muncii necesare pentru a duce la îndeplinire obiectivele terapiei.

Mai devreme, în orice curs al terapiei, este important de a evalua modul în care reacțiile pacientului la diferențialele de putere, care separă poziția de pacient și terapeut, vor influența ciclurile separație-reuniune întreţesute în structura de lucru a terapiei și stabilirea alianței terapeutice (Geller, 1988). Pentru unii dintre pacienți, claritatea privind limitele care separă „interiorul" de „exteriorul" ședințelor de terapie are o influență organizațională cu privire la sentimentele de siguranță și expresivitate. Altora, aranjamentele temporale și spațiale ale terapiei le stârnesc ambivalență. După cum a exprimat acest lucru un pacient al meu: „Experimentez situația terapeutică, așadar, ca fiind în aceeași măsură colivie și sanctuar". Pentru alții însă, probleme legate de statutul de „conducător" și „discipol" provoacă lupte de putere, unele alimentate de conflicte nerezolvate cu „figurile autoritare".

Sunt cel mai acut conștient de dinamicile de putere inerente psihoterapiei, atunci când încerc să diferențiez între cererile de modificare a tehnicilor ce decurg organic dintr-o teorie matură a schimburilor terapeut-pacient și eforturile de conformitate cu motivațiile conduse de transfer. Această sarcină provocatoare a apărut cel mai adeasea în timp ce lucram la „contractul terapeutic" (Orlinsky și Howard, 1986) privind folosirea autodezvăluirii ca tehnică terapeutică. Împărtășirea de informații personale unui terapeut-pacient care vede autodezvăluirea ca pe o formă a manifestării ce contaminează transferul și subminează procesul

terapeutic este un lucru negativ. Lucrurile stau cu totul altfel în cazul în care un terapeut-pacient crede că indicațiile de autodezvăluire sunt încontinuu prezente în cursul terapiei.

Printre alte considerații, pun preț pe poziția fundamentală a unui terapeut pacient de-a lungul acestui continuum, atunci când decid dacă să dezvălui în mod voluntar informații personale pentru a atinge un obiectiv terapeutic (Geller, 2003b). Cred că, atât timp cât vor exista „nivelatori" și „ascuțitori" (Witkin și Goodenough, 1981), nu va putea exista un acord privind locul precis al punctului dincolo de care cineva nu ar trebui să se autodezvăluie. Reconcilierea perspectivelor divergente privind aspecte de tehnică în direcția terapeutului-pacient este un mod subtil de a introduce o mai mare „simetrie" în relație.

Mai mult decât atât, pacienții beneficiază adesea din recunoașterea că terapeutul lor crede că învățarea învățării cu altcineva, prin intermediul dialogului, este la fel de importantă pentru terapeut, ca și pentru pacient. Ca exemplu al acestor principii, am acceptat o cerință a unui analist jungian de a ne concentra în principal asupra interpretării viselor lui și ca eu să împărtășesc asociațiile mele referitoare la imaginile lui de vis. Acestea sunt practici standard printre terapeuții junghieni. Pentru a-mi arăta respectul față de abordarea lui, am extins limitele dincolo de care mă autodezvălui în mod caracteristic. Dacă nu aș fi făcut astfel, mi-ar fi spus mai târziu că a fost o „greșeală" și un „eșec de empatie".

O problemă de tehnică

79% dintre participanții la eșantionul de terapeuți-pacienți al lui Pope și Tabachnick (1994) au raportat că au simțit că terapeuții lor au făcut greșeli terapeutice. Nu sunt disponibile norme comparabile pentru persoanele nespecializate. Oricum, procentajul global în ceea ce privește evaluarea competenței terapeutului poate varia atât în cazul pacienților nespecializați, cât și în cazul terapeuților-pacienți, de la admirație totală la un dispreț complet. Este, în orice caz, specific terapiei terapeuților-pacienți ca aceștia să își verbalizeze judecățile pozitive sau negative în limbajul profesiei.

Empatizarea cu un terapeut-pacient, care se plânge în limbajul „științei" sau „eticii" despre ceea ce face sau nu face cineva, este poate cea mai grea provocare tehnică dintre toate. Câteodată, acesta este primul pas în sprijinirea unor astfel de pacienți să dezvolte capacitatea de a vorbi despre sentimente de ură într-o manieră constructivă și responsabilă.

Munca depusă în vederea atingerii acestui obiectiv terapeutic este un accent predominant în unele terapii, mai puțin în altele, dar are o anumită importanță în toate terapiile. Din experiența mea, este un instrument terapeutic extrem de puternic atunci când terapeutul-pacient are conflicte considerabile cu privire la impulsurile sale critice/sadice sau tinde să fie masochist și neîndreptățit. Pacienții care suferă de astfel de probleme caracterologice încep terapia cu o abilitate redusă de a recunoaște și accepta înțelegerile empatice ale terapeuților lor. Lucrul cu reacțiile de dezamăgire, furie și frustrare ale procesului terapiei îi pregătește pentru a găsi plăcere în actualitatea preocupării pline de atenție a terapeului lor.

În următoarele două secțiuni voi ilustra modul în care aplic aceste idei. De dragul confidențialității și continuității, am combinat exemplele clinice care s-au întâmplat deja cu terapeuții-pacienți diferiți în modele de lucru clinice a doi terapeuți-pacienți prototip.

Gestionarea eșecurilor empatice

Un pacient poate simți că un terapeut l-a învățat „adevăruri" despre sine, fără a se simți înțeles empatic de către terapeut. Aceasta a fost moștenirea primei terapii a lui K. La fel ca alți terapeuți-pacienți care au avut experiențe terapeutice în prealabil, K., un psiholog clinic în vârstă de 33 de ani, autodiagnosticat ca „obsesiv-compulsiv cu tendințe schizoide", a ajuns cu o formulare psihodinamică elaborată a plângerilor prezentate. El a venit în terapie știind că „perfecționismul" său nedorit, dar irezistibil, și „capacitatea diminuată de a iubi" erau rezultatul creșterii cu o mamă căreia „nu i-a făcut plăcere să fie hrănitoare". Dar aceste insight-uri dobândite cu greu nu au condus la nici o schimbare comportamentală și nu s-a simțit nici plăcut și nici respectat de fostul său terapeut.

În timpul primului stagiu al terapiei nu a putut să se ușureze de povara de a fi „cel responsabil", „cel rațional", „cel însărcinat" și nici nu a putut să își dezvăluie în mod explicit „nevoile de dependență negate". El a dorit să fie un „bun" pacient care nu putea să se folosească de inducerile regresive ale rolului de pacient. Ca un compromis, a aderat defensiv la alianța terapeutică. El a reacționat „ca și cum" am fi putut lucra împreună ca „parteneri egali" în a aduce schimbarea terapeutică, dar a devenit clar destul de curând pentru amândoi că nu putea să continue colaborarea cu mine în cazul în care începeam ședința cu un

minut sau două întârziere. El a reacţionat la aceste lipse de punctualitate ocazionale ca şi cum ar fi însemnat „incompetenţă şi lipsă de integritate". A luat politica mea de extindere a duratei unor astfel de şedinţe dincolo de limita prevăzută ca o mărturie în plus a „lipsei de grijă flagrantă faţă de o gestionare defectuoasă a cadrului terapeutic". L-a citat pe Langs (1976) pentru a mă impresiona prin faptul că şi încălcările minore ale menţinerii limitelor temporale invariante reprezintă tot un eşec de aducere la viaţă a idealurilor Eu-lui şi valorilor profesiei. Criticile lui elocvente au năruit distincţia dintre principiile tehnice şi normele morale, care reglează limitele profesionale dintre pacienţi şi terapeuţi. Mai mult decât atât, el şi-a experimentat explicaţiile doar mintal, ca şi cum ar fi fost realităţi factuale şi concrete.

În acea perioadă, el nu putea tolera decât ecourile semnificaţiilor inerente a ceea ce spunea. Eforturile din partea mea de a face inferenţe dincolo de semnificaţiile pe care le oferea el pentru interacţiunile noastre problematice erau disprețuite şi pline de resentimente. Iniţial, chiar şi întrebările mele erau experimentate ca „întreruperi" şi „disruptive". Până în al doilea an de tratament, el nu a reuşit să îşi îndrepte curiozitatea înspre problematici pe care eu le consideram necesar a fi explorate. Aşa cum aveam să aflăm, nevoia de ajutor în a găsi un sens al experienţelor sale i-a indus un înţeles umilitor de a fi „prostuţ" şi „idiot". El a fost ghidat de credinţa că îl ascultam doar pentru a-mi da seama de ceea ce era „în neregulă" cu el şi ceea ce „nu ştia el" despre sine însuşi.

Interpretările lui neflatante ale gestionării mele a începuturilor şi sfârşiturilor de şedinţe au provocat în mine o mare nevoie de introspecţie. Ceea ce m-a susţinut a fost ipoteza că răspunsurile nondefensive la cristicismul lui ar trebui, în cele din urmă, să îi întărească abilitatea de a recunoaşte, tolera şi beneficia de faptul de a fi înţeles empatic. Pentru a face acest lucru, am găsit un mod de a conduce terapia, care îi susţinea nevoia lui de a descoperi propriile înţelesuri personalizate ale aspectelor problematice ale relaţiei noastre. Aceasta a necesitat comentarii care să evidenţieze limitele înţelegerii mele. M-am restrâns la întrebări care puteau fi puse atât de pacient, cât şi de terapeut — „Cum vrei să folosim timpul astăzi?", „Cum înţelegi asta?". Un alt fel de a evita injuriile narcisice a fost de a-l invita să elaboreze modul *în care* el a experimentat *ceea ce* a experimentat. Tratarea cu respect a cerinţelelor lui comunicative m-a împuternicit să acord prioritate pentru intervenţii care au lărgit şi au adâncit imediatul a ceea ce a auzit, crezut, văzut sau simţit.

Munca noastră împreună nu a avut mult de-a face cu adăugarea de noi interpretări psihologice acelora pe care le preluase din prima sa

terapie, ci mai degrabă cu concretizarea și energizarea pătrunderilor psihologice care rămăseseră anterior fără trup. Pe parcurs, el a câștigat acces la capacitățile lui imaginative. A extins „poduri" peste ceea ce erau odată bariere ale conștiinței, care au separat modurile lui de cunoaștere verbală și imagistică. Stabilirea de conexiuni semnificative între aceste sfere distincte ale experimentării s-a dovedit a fi poarta prin care putea să intre într-un stadiu nou și de transformare al terapiei. Acest lucru a pus baza unui punct de cotitură major în terapia sa. Această tranziție a luat ființă în timpul unei ședințe în care și-a adus aminte cum mama sa alterna între a fi retrasă și a fi abuzivă verbal și a realizat că exprima nerecunoașterea dorinței de a fi dependent de mine în forma criticismului. Ulterior, listele lui pline de „ar trebui" au fost văzute de mine ca „puneri în scenă ale dorinței". Un pas înainte, corelat cu toate acestea, a fost făcut atunci când și-a dat seama, de asemenea, că întrebările și nemulțumirile cu privire la tehnicile mele — „De ce faci asta astfel?" „Ce încerci să faci?" — erau conduse atât din competitivitate agresivă, cât și din nevoia de a-și masca propriile îndoieli cristalizate despre cum să conduci cel mai bine terapia, cum ar fi prin prețuirea înaltă pe care a acordat-o scepticismului științific. De aici încolo, el a găsit „curajul intelectual" pentru a începe să vorbească despre cum orientările moral-perfecționiste au exercitat o influență restrictivă asupra funcționării sale ca terapeut și cum i-au compromis propriul sens de „bunătate".

Echilibrarea preocupării pentru sine și a preocupării pentru ceilalți

În vocabulare diferite, mistici, budiști Zen, poeți, părinți, iubiți și terapeuți au oferit explicații bazate pe limite ale variațiilor în abilitatea de a oferi și a primi empatie (de exemplu, Rogers, 1975). Toți împărtășesc presupunerea că încercarea de a înțelege ce simte o altă persoană este, în mod empatic, una dintre cele mai mature variante ale capacității de a intra în relații, în care există o deplasare înspre unirea exprienților a două persoane devenind „una". Vorbind fenomenologic, empatia este un mod de a-l cunoaște pe celălalt, care vine din netezirea sau încețoșarea limitelor, care separă sinele și nonsinele fără a pierde de fapt conștiința distincției. În mod similar, dependența matură impune un anumit nivel de confort în reexperimentarea unor moduri de relaționare „simbiotice" din partea unei persoane.

Un principiu de bază al perspectivelor „relaționale" asupra teoriei psihanalitice (de exemplu: Blatt și Behrends, 1987) este acela că achiziția limitelor psihologice care susțin sentimentul de siguranță în identitatea unei persoane, precum și abilitatea de a funcționa independent și libertatea de a relaxa poverile autodeterminării și diferențierii sine-altul tind să se dezvolte mai mult sau mai mai puțin simultan într-o dialectică interactivă. În circumstanțe ideale, cele două coincid — o persoană posedă capacități reprezentaționale care susțin împreună sentimentul că el sau ea este în mod clar separat/ă, autonom/ă și unic/ă în relația cu alții și, în același timp, să îi permită să preia plăcere și ajutor din experiențe de „contopire" sau „fuzionare" cu alte persoane valorizate.

O variantă extrem de usturătoare a inconsistențelor posibile implică terapeuții-pacienți, a căror capacitate de a oferi pacienților empatie excede de departe capacitatea de a primi empatie de la propriii terapeuți. Uneori, caracteristicile de personalitate legate de limite, care le permit terapeuților să fie empatici cu pacienții lor, pot să îi lase vulnerabili în fața dificultăților reglând distincția și distanța dintre sine și nonsine în alte contexte interpersonale apropiate. Ascultându-i pe propriii terapeuți-pacienți, și cei discutați de candidați în supervizare, și colegi, am fost șocat de frecvența cu care aceste inconsistențe ies la suprafață în timpul cursului terapiei, atunci când terapeutul-pacient se luptă cu conflictele dintre sacrificiul neegoist al dorințelor personale, egoismul și autointeresul sănătos. Pentru a ilustra, îmi voi îndrepta atenția înspre B., un terapeut de 32 de ani, orientat psihanalitic, pentru care problemele psihologice și chestiunile de valoare s-au amestecat adeseori una cu alta.

Mândrie și respect

Afirmația „Vreau ca terapeutul meu să fie mândru de mine" a beneficiat de cel mai înalt grad de susținere în studiul meu cu Farber asupra temelor care organizează implicațiile terapeuților-pacienți cu reprezentările mentale ale terapeuților lor (Geller și Farber, 1993). Principiile polare de admirație/mândrie și deziluzie au fost componente afective-cheie ale experiențelor mele în tratarea terapeuților care s-au luptat într-un mod activ cu „boli mintale" serioase. Oricât de talentați pot să fi fost acești indivizi ca terapeuți, au început toți terapia înfricoșați de faptul că i-aș putea privi ca „nepotriviți" pentru a fi terapeuți. În mod contrar, familiaritatea lor intimă cu teroarea, disperarea, inutilitatea și haosul pare

să îi fi pregătit pentru a „rămâne" cu pacienții care se chinuiesc cumplit cu astfel de experiențe îngrozitoare.

Pacientul B. era continuu împovărat de ceea ce el numea „moralitate matură" — convingerea Supraeului că trebuia să fie „mai sănătos" decât pacienții săi. Rușinea a fost costul pe care l-a plătit pentru a fi eșuat în a profita de un an și jumătate de terapie psihanalitică, de care beneficiase în timpul facultății. De data aceasta, motivele lui de a veni în terapie au inclus vina de a nu „se afișa" și „a nu se alătura mișcării homosexuale".

Următorul schimb comunicativ a avut loc în cursul celei de-a noua ședințe:

Pacient: M-am gândit mult să spun lucrurilor pe nume. Port o mare parte de vină de a nu face ce am de făcut.

Terapeut: Vină?

Pacient: Simt că trec... drept o persoană mulatră, care pretinde că este albă. Este ca și cum direcția mea ar fi împotriva oamenilor mei.

Terapeut: Te face să te simți laș faptul de a-ți ține homosexualitatea secretă... mai ales în cercurile profesionale?

Pacient: Da, mi-aș dori să fiu mai curajos. I-ar ajuta de altfel pe mulți alții, le-ar da speranță. Aș putea fi folosit ca o resursă. Oamenii ar putea să se inspire din mine. Pe de altă parte, nu știu dacă aș putea să îndur rușinea. De ce rușinea asta de ce gândesc alții? De ce mă lupt eu cu asta?

Terapeut: Lasă-mă să vin cu o altă întrebare. Ești îngrijorat de ceea ce voi crede eu despre tine și sexualitatea ta și despre alegerea pe care tu încerci să o faci?

Pacient: Da, îmi este teamă că îmi vei vedea tot comportamentul prin acei ochelari... și că ai vedea părți ale personalității mele ca parte a patologiei mele.

În terapie, ca oriunde altundeva, B. era hiperconștient de linia de demarcație care separa imaginea publică pe care încerca să o proiecteze „acolo, în afară", și „perspectiva de dinăuntru" a sa, referitoare la „ce se petrecea într-adevăr". El era îngrijorat, din punct de vedere moral, de abilitatea de a „simula autenticitatea". Fațada sa de normalitate a fost creată astfel încât să nu pară efeminat, dar l-a îndepărtat pe el de corpul său și i-a diminuat capacitatea de a simți plăcerea. K. își asemuia corpul cu cel al Omului de Tinichea din *Vrăjitorul din Oz*. În schimb, B. își compara „sinele fals" cu un „zid care separă spațiul public de cel privat".

Construind pe această metaforă, am ajuns la realizarea că el petrecea mare parte din timp „uitându-se" la el, în mod evaluator, dar că doar rareori „s-a uitat înăuntru", la propriile gânduri și sentimente, contemplativ. Deși foarte curios despre experiențele subiective ale altora,

el se simţea „nerușinat" de fiecare dată când se devota pe sine auto-explorării. În timpul fazei inițiale a terapiei, fără a fi conștient de aceasta, a evitat să se simtă „egoist", aplicând rapid ceea ce a învățat despre sine în terapie, în lucrul său ca terapeut.

Capacitatea de răspuns la sugestii nonverbale, abilitatea de a se proiecta în conștiința altora, sensibilitatea la nevoile afirmate și neafirmate ale oamenilor — toate aceste atribute sporesc accesul unei persoane la modul empatic de cunoaștere. B. era înzestrat din plin. Toate acestea îi permiteau să exceleze ca terapeut, dar îi și făceau dificilă menținerea propriei perspective, în timp ce pătrundea punctul de vedere al altora. Tendința lui interpretativă era de a se identifica cu perspectiva celeilalte persoane asupra situației problematice. Dacă el, la rândul său, era tratat în mod brutal, avea tendința de a se „învinovăți" pe sine și de a crede că trebuie să fi „făcut ceva rău sau greșit".

B. spunea despre sine: „Mă simt ca un clișeu... terapeutul care este masochist din cauza rolului de îngrijire pe care și l-a asumat în familia sa". Dar aceasta i-a adus și eliberare atunci când a descoperit că incapacitatea sa resimțită de a se alătura mișcării homosexuale era direct legată de și analoagă cu inhibițiile sale generalizate cu privire la a-și făuri o identitate separată de familia sa de origine. În urma acestui insight, el a început să renunțe la poverile de a se defini pe sine ca un „străin" sau persoană „deplasată", așa cum s-a întâmplat și cu părinții săi care s-au simțit ca „exilați devalorizați". Nu s-a mai simțit obligat să îi protejeze prin a rămâne tăcut atunci când au trasat distincții acute și pline de dispreț între „ei" (de exemplu: homosexuali și „nonevrei") și „noi" (de exemplu: heterosexuali și evrei).

Înainte ca B. să ajungă la punctul în care putea să „se afișeze", un accent major al convențiilor noastre era adânca sa rușine privind propriile nevoi de dependență. Într-adevăr, B. era crescut întru a fi un furnizor, nu un receptor al grijii. Din copilăria timpurie, el a adoptat un rol parental față de părinții săi emigranți est-europeni și față de sora mai mică retardată mintal. În afară de a se fi valorizat pe sine aproape exclusiv pentru ceea ce putea face pentru a-și proteja familia, lui B. i-a fost teamă că ar fi putut fi privit drept „copilăros", „infantil" și „prea lipicios", dacă ar fi riscat să își exprime dorința arzătoare nesatisfăcută de a fi înțeles empatic. Faptul de a spune „vreau" îl făcea să se simtă ca un „copil neajutorat".

Ne-am devotat extinderii gamei de dorințe care puteau fi articulate cu cele față de care dorea să devină intim sau agresiv. În cadrul micro-cosmosului situației terapeutice, am acordat o atenție specială modului

în care și motivelor pentru care nu și-a recunoscut reacțiile negative la greșelile mele și eșecurile de empatie. Faptul de a-și permite sieși să „se plângă" despre felurile în care nu am venit în întâmpinarea nevoilor lui a făcut ca terapia să progreseze în feluri diferite. Cu aceste ocazii, el a beneficiat de experiența „spunerii adevărului", din confruntările cu dorințele lui de a-mi devaloriza calitățile idealizate, și a ajuns să dobândească o mai mare înțelegere a sensurilor fricilor lui și apărărilor față de exprimarea furiei. În cadrul unei terapii anterioare, B. învățase că conflictele lui intense, legate de propriile lupte agresive, se dezvoltaseră ca rezultat al contraidentificărilor defensive cu tatăl său competitiv, combativ și intermitent furios.

Pe măsură ce dorințele sale au devenit mai complet cunoscute sie însuși, B. a început să se simtă mai confortabil experimentând prezența mea fizică actuală și speranța sa anterior disociată de a găsi un terapeut care ar putea servi ca un model idealizat al terapeutului care spera să devină și el. Un punct de cotitură major s-a dezvoltat atunci când a fost, în sfârșit, capabil să accepte faptul de a se uita la mine atunci când prezența mea tăcută dădea dovadă de răbdare și compasiune. Prezența ascultătoare a terapeutului care răspunde empatic comunică emoții tandre care nu pot fi niciodată puse în cuvinte. Mare parte a ceea ce privim a fi empatic este conceput doar prin gesturi, posturi și expresii faciale.

Extinderea gamei capacităților perceptuale aduse de B. în terapie a făcut posibil pentru el să „își asume" acele aspecte ale empatiei mele care erau purtate de contribuțiile mele nonverbale la dialogul terapeutic. Impactul cumulativ al acestor schimbări a constituit începutul unui efect de val care a strâns la un loc aspectele „suportive" și „exploratorii" ale terapiei sale. General vorbind, o dată ce a fost consolidată această modalitate de integrare, nu există sfârșit în ceea ce privește potențialul de cooperare și conversațiile intime posibile.

Faza terminală a terapiei

A cunoaște când și cum să închei o terapie lungă și ambițioasă care merge bine este cea mai dificilă sarcină atât pentru terapeut, cât și pentru pacient. Dacă pacientul și terapeutul au împărtășit o relație apropiată și productivă, vor exista sugestii despotice atunci când își vor lua la revedere (de final). În ceea ce privește stabilirea terminării, este posibil ca majoritatea terapeuților să răspundă prin aceea că ar trebui folosite

criterii multiple, specifice pacientului (Firestein, 1978). Am găsit o varietate de marcatori care se folosesc ca indicii sensibile de recunoaştere a progresului pacientului în terapie şi pregătirea lui de a intra în subfaza terminală a procesului terapeutic.

Printre punctele importante intraterapeutice se numără: (1) abilitatea de a lucra împreună cu terapeutul în explorarea calităţilor personale care reprezintă obstacole în calea schimbării; (2) abilitatea de a se folosi de limbaj responsabil şi constructiv atunci când resimte ură faţă de terapeut; (3) un sentiment sporit al competenţei cu privire la participarea în terapie; (4) abilitatea de a oscila între forme regresive şi progresive ale activităţii mintale; (5) exprimarea completă şi liberă a pierderilor anterior neacceptate şi al căror doliu nu a fost făcut; (6) abilitatea de a schimba lin poziţiile de ascultător şi vorbitor; (7) abilitatea de a alege ceea ce este de „luat înăuntru" şi ceea ce este „de lăsat în afară" din ce are terapeutul de oferit; (8) abilitatea de a plasa experienţa corporală, nu numai ochii şi urechile, în centrul experienţei perceptuale şi reprezentaţionale ale terapiei.

În combinaţii variate, aceste împliniri par să meargă mână în mână cu ceea ce înseamnă realizare a „scopurilor de viaţă" ale pacientului (de exemplu: eliberarea de simptome şi o stimă de sine crescută). În acelaşi timp, acestea par să indice că terapia va avea, de asemenea, şi „o viaţă de după" în forma reprezentărilor evocative şi influente în mod benign ale terapiei cu terapeutul. Din acest punct, pacientul devine din ce în ce mai capabil de autoanaliză continuă.

Capacitatea de a se angaja în autoanaliză

Din perspectiva proceselor de internalizare, oricine poate face distincţia între formele de introiecţie şi identificare ale autoreflectării (Orlinsky şi Geller, 1993). La nivelul introiectiv al internalizării, pacienţii reconstruiesc simbolic dialogul terapeutic, astfel încât să reflecteze la el şi să îşi interpreteze propria experienţă. Cercetarea citată mai devreme în acest capitol a descoperit că este posibil ca terapeuţii-pacienţi să se angajeze în conversaţii imaginare cu „prezenţa resimţită" a terapeuţilor lor, cu scopuri de autoreflectare atunci când îşi îndeplinesc sarcinile muncii terapeutice şi îşi organizează experienţa de terapeut. La nivelul identificator al simbolizării, maniera în care un pacient se angajează în autoanaliză este modelată în funcţie de reprezentările abilităţilor terapeutului şi ale calităţilor personale, dar exclude reprezentările conştiente asupra a ceea ce le-a fost arătat sau dăruit de către terapeuţii lor. Cine te ascultă atunci când îţi vorbeşti ţie?

În tradiția clasică psihanalitică, înțelepciunea primită constă în faptul că abilitățile autoanalitice care derivă din identificările constructive asociate cu funcționarea alterată sunt mai „mature" decât cele bazate pe căutarea a mai multe reprezentări introiectate ale sinelui în relație cu terapeutul. Această prezumpție esențial netestată este de un interes mai mult decât teoretic pentru terapeuții psihanaliști care doresc sau au nevoie să interacționeze cu reprezentări personificate sau introiectate ale analiștilor lor după terminare. Terapeutul psihanalist Martinez (Martinez și Hoppe, 1998) ne spune că s-a simțit rușinată de înclinația ei de a interacționa intermitent cu „analistul ei introiecție", pentru că fusese învățată că a face acest lucru implica „imaturitate", prelungirea unei relații dependente cu analistul și, tocmai de aceea, implica îndoiala completitudinii analizei ei. În mod evident, astfel de subtilități au un ecou prea mic sau nici unul pentru pacienții nonterapeuți sau pentru terapeuții-pacienți nonanaliști.

Faza postterminală a psihoterapiei

În fiecare stadiu al terapiei trebuie făcute distincții între acele atribute personale care sunt relevante rolului și acele aspecte ale sinelui care trebuie suprimate în interesul îndeplinirii cu succes a sarcinilor. În psihoterapia terapeuților-pacienți, această sarcină este complicată de tensiunea inerentă creată de duplicitatea limitei interpersonale dintre rolurile formale de pacient și terapeut și a aspectelor colegiale ale relației. Nu sunt nicăieri mai aparente ambiguitățile impuse de aceste sarcini decât în eforturile terapeutului de a avea de-a face cu întrebarea în mare măsură necercetată: Cum pot să continuu să interacționez cu foștii mei pacienți, în feluri în care să îmi îndeplinesc responsabilitățile terapeutice și etice după terminarea terapiei?

Toate codurile etice majore ale profesioniștilor în sănătatea mintală conțin prescrieri împotriva a ceea ce se cheamă încălcarea limitelor (Pope și Vasquez, 1998). American Psychological Association (Asociația Psihologică Americană) (1992) nu a clasificat întreținerea de relații sexuale cu un fost pacient ca o încălcare a limitelor, până în 1977 (Pope și Bouhoutsos, 1986). Actualmente, nu există îndrumări explicite privind etica relațiilor nonromantice și nonsexuale urmând încetării beneficierii de servicii terapeutice, altele decât cele care sunt de exploatare și distructive în mod evident. Mai mult decât atât, codurile profesionale au încă puțin de spus cu privire la o întrebare care implică o îngrijorare

în mod special pentru terapeuții terapeuților. Dincolo de terminare, există standarde de comportament privind „relațiile duale" aplicabile în mod egal pacienților nespecializați și membrilor aceleiași comunități profesionale? Relațiile duale sau multiple sunt acelea în care relațiile de rol suplimentare sunt stabilite în conjuncție cu sau ca urmare a relației terapeutice profesionale.

Poziția extremă este aceea că restricțiile contactului extraterapeutic, care s-au aplicat în timpul terapiei, ar trebui să fie extinse la faza postterminală a relației. Un motiv major oferit în sprijinul unei astfel de politici este acela că, în cazul în care s-ar proceda altfel, ar fi dificil pentru un fost pacient să rezume terapia la un anumit punct în viitor. Majoritatea terapiilor fac acest lucru, de fapt se sfârșesc prin înțelegerea că pacientul este liber să se întoarcă în terapie oricând consideră acest lucru de folos (Schacter, 1992). Hartlaub, Martin și Rhine (1986) au realizat că nu este neobișnuit pentru foștii analizanzi să își contacteze din nou foștii analiști pentru o terapie scurtă sau chiar și lungă. Astfel de contacte tind să se intensifice o dată cu trecerea timpului, după terminare, indiferent de categoria de diagnostic a pacientului sau de vârstă.

În afară de cazul în care un pacient nespecializat își reînnoiește contactul profesional cu terapeutul său, terminarea terapiei reprezintă în mod potențial o separare totală și permanentă. Psihoterapeuții care continuă să trăiască și să lucreze în același grup ca și foștii lor terapeuți reprezintă, din acest punct de vedere, un caz total diferit față de persoanele nespecializate. Tratarea unui terapeut coleg sporește în mod semnificativ posibilitatea ca o relație socială și profesională să „înlocuiască" relația terapeutică după terminare. De aici încolo întrebarea, după terminare, cum poate continua o persoană să interacționeze cu foștii pacienți în moduri în care să își îndeplinească responsabilitățile terapeutice și etice apare mai frecvent în psihoterapia terapeuților decât în psihoterapia pacienților nespecializați.

O dată pacient, pacient la nesfârșit

Atunci când mă întâlnesc în mod inevitabil cu foști pacienți în cadru public, sper să mă comport în feluri care pot fi descrise ca disciplinate, din punctul de vedere al atenției la următoarele întrebări. Este persoana încă în doliu pentru pierderea relației terapeutice? Îi va confirma sau infirma comportamentul meu modelele mintale preexistente ale relației noastre? Se folosește el sau ea de reprezentările dialogului terapeutic

pentru a continua munca de terapie în intimitatea conștiinței? Sunt aceste reprezentări încărcate încă transferențial? A lăsat terapia în urmă o moștenire în introiecții răuvoitoare și persecutorii? Mă consideră el sau ea în continuare ca un „prieten imaginar" (din copilărie) pentru a evita sau a-și stăpâni anxietatea și singurătatea? Cât de pregătit/ă este pentru a reexperimenta aspectele transferențiale ale relației noastre? Va privi el sau ea comportamentul meu ca deviind de la standardele care definesc idealurile profesiei noastre?

Standardele la care țin eu atunci când interacționez cu foștii pacienți la astfel de evenimente, seminarii, petreceri și întâlniri profesionale au fost puternic influențate de rezultate convergente ale cercetării clinice asupra persistenței și reacțiilor transferențiale postterminale (Kantrowitz și alții, 1990; Oremland, Blacker și Norman, 1975; Pfeffer, 1963; Schlessinger și Robbins, 1974) și studiilor empirice ale formei, conținutului, funcțiilor și coloraturii afective ale reprezentării internalizate a relației terapeutice pe care pacienții nespecializați și terapeuții-pacienți le păstrează în memorie și și le amintesc după terminare (Arnold, Farber și Geller, 2004; Orlinsky și Geller, 1993; Wyzontek, Geller și Farber, 1995). Ambele linii de cercetare susțin cu tărie convingerea că o fază postterminală (Rangell, 1966) a relației terapeutice trebuie să fie considerată ca parte integrantă a procesului terapeutic în sine, și nu doar ca un moment când terapia ia sfârșit.

Studii asupra transformărilor pe care reprezentările relației terapeutice le suferă după terminare sunt puține. Studiile noastre indică faptul că foștii pacienți terapeuți sunt capabili să își amintească reprezentări ale terapiei cu terapeutul mai frecvent și mai viu decât pacienții nonterapeuți (Wyzontek și alții, 1995). Așa cum am menționat anterior, reprezentările unui fost terapeut pierdut sau dorit cu înfocare pot apărea în conștiință în forme variate. Aceștia pot fi „vizualizați" sau „auziți". Ei se pot materializa în conștiință în forma gândurilor verbale. Pot fi incluși și în imageria de proximitate, care poate fi sub formă kinestezică, proprioceptivă și a reprezentărilor tactile. Rezultatele inițiale sugerează că memoriile evocative despre terapeuții lor ale foștilor terapeuți-pacienți sunt mai profund saturate cu imagistică de proximitate decât sunt cele ale pacienților nespecializați.

Descrierile consemnate ale terapeuților-pacienți cu privire la foștii terapeuți, în comparație cu aceia evaluați de persoanele nespecializate, tind să pună un accent mai pronunțat pe „viața interioară" a terapeuților. Pacienții nespecializați și-au concentrat portretele, în primul rând, asupra comportamentelor observabile ale terapeuților, în special a acelora care

le satisfăceau sau le frustrau nevoile. Cu mult dincolo de pacienții nespecializați, portretele alcătuite de către foștii terapeuți-pacienți au exprimat un mai mare interes față de sentimentele, valorile și atitudinile terapeuților lor.

În ceea ce privește abilitatea de a folosi reprezentările dialogului terapeutic în scopuri de adaptare și reparatorii, pacienții nespecializați și terapeuții-pacienți nu au diferit în mod semnificativ în cadrul studiilor noastre. Am obținut corelații semnificativ pozitive între cotațiile beneficiilor autopercepute din terapie și două activități reprezentaționale. Acestea sunt tendința de a folosi reprezentările dialogului terapeutic pentru a continua lucrul terapiei în viitor și tendința de a folosi reprezentările pentru da glas terapiei pierdute și terapeutului. În mod contrar, tendințele de a evoca reprezentările terapeutului pentru a se angaja în fantezii sexuale și agresive au fost considerate în corelație negativă cu îmbunătățirea autopercepută.

Aceste rezultate converg cu rezultatele interviurilor de cercetare la care s-a făcut referire anterior cu terapeuți și analizanzi nonterapeuți. Pe de o parte, aceste studii susțin punctul de vedere al lui Loewald (1960, 1962), conform căruia sfârșitul unei analize benefice se transformă într-o renunțare graduală sau într-o perioadă de „doliu" a relației și a internalizării sale. Pe de altă parte, acestea indică faptul că terminările cu succes nu rezultă în rezolvarea reacțiilor transferențiale, ci în modularea lor în sensul că pacientul le poate gestiona mai eficient. A rămâne conștient că dorințele și dispozițiile transferențiale persistă dincolo de terminare poate merge mult înspre ușurarea neîndemânării și a ambiguităților de etichetă care apar în timpul contactelor cu terapeuții-pacienți după terminarea ședințelor obișnuite.

Din punctul de vedere al proceselor internalizării, terapia poate face „mai rău" oamenilor, în sensul în care experiența lasă în urmă dezamăgire, rea-voință sau imagini persecutorii ale terapeutului. Pe baza fiecărui caz în parte, acest rezultat poate fi obținut prin stabilirea de evaluări atente în cadrul unor vizite, inițiate de terapeut (comparabile cu ședințele terapeutice) cu pacienții, în timpul fazei postterminale a relației. Schachter (1992) a experimentat aceasta cu pacienți-analiști, programați în vederea contactului postterminal, pentru a vedea cum a reușit pacientul să reevalueze câștigurile și limitările procesului analitic. El a descoperit astfel partea de risc/beneficiu a unui asemenea contact ca profund favorabil și faptul că pacienții beneficiază de pe urma experimentării unei reafirmări a alianței terapeutice. Aceste ședințe de evaluare a urmărilor se pot dovedi a fi un „laborator antropologic" ideal (Kundera, 1984)

pentru studiul reziduurilor transferențiale care se prelungesc după terminare, doliul și viața de după a procesului terapeutic, precum și strategiile de prevenire a recidivelor.

Concluzie

În acest capitol am încercat să identific ceea ce este unic psihoterapiei terapeuților din punctul de vedere al interdependențelor dintre noțiunile de limite psihologice și procese de internalizare. Am evaluat conceptele și datele survenite de la teoreticienii în imagine corporală, antropologi, psihologi specializați în dezvoltarea cognitivă și psihanaliști, pentru a dezvolta un cadru pe care terapeuții l-ar putea folosi spre a se gândi și spre a discuta limitele psihologice care sunt operative în contextele interpersonale și în intimitatea conștiinței. Am citat experiențe clinice și rezultatele de cercetare în psihoterapie care susțin ipoteza că modelele bazate pe internalizare ale acțiunii terapeutice a terapiei oferă un punct de vedere iluminator, din care se poate examina dacă există diferențe clinice semnificative în terapiile oferite și experimentate de pacienții terapeuți și nonterapeuți. La final, am ajuns la concluzia — pentru a-i parafraza pe Kluckhohm și Murray (1949, p. 53) — că fiecare terapeut-pacient este în anumite privințe: (a) la fel ca toți ceilalți pacienți, (b) ca unii dintre ceilalți pacienți și (c) ca nici un alt pacient. Va urma...

Bibliografie:

American Psychological Association, „Ethical principles of psychologists and code of conduct" în *American Psychologist*, 49, 1992, p. 1597-1611

Arnold, E.G., Farber, B.A. și Geller, J.D., „Termination, post-termination, and internalization of therapy and the therapist: Internal representation and psychotherapy outcome" în D.P. Charman (editor), *Core Processes in brief psychodynamic psychotherapy*, Erlbaum, Hillsdale NJ, 2004, p. 289-308

Aron, L., „The patient's experience of the analyst's subjectivity" în *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 1991, p. 29-51

Aron. L., *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*, Analytic Press, Hillsdale NJ, 1996

Atwood, G. şi Stolorow, R., „Psychoanalytic concepts and the representational world" în *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 3, 1980, p. 267-290

Bacal, H.A., „Optimal responsiveness and the therapeutic process" în A. Goldberg (editor), *Progress in self psychology*, Guilford, New York, 1985, p. 202-206

Blatt, S.J. şi Behrends, R.S., „Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action" în *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 1987, p. 279-297

Boomer, K.C. şi Moore, W.M., *Body, memory, and arhitecture*, Yale University Press, New Haven CT, 1977

Bowen, M., *Family therapy in clinical practice*, Aronson, New York, 1978

Bowlby, J., *Attachment and loss. Vol. 2 Separation.*, Basic Books, New York, 1973

Bruner, J., „The course of congitive growth" în *American Psychologist*, 19, 1964, p. 1-15

Caligor, P.C., „Parallel and reciprocal processes in psychoanalytic supervision" în *Contemporary Psychoanalysis*, 17, 1981, p. 1-27

Couch, A.S., „Anna Freud's adult psychoanalytic technique: A defense of classical analysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 1995, p. 153-171

Doerhrmann, M., „Parallel processes in supervision and psychotherapy" în *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 1976, p. 9-110

Dorpat, T.L., „Internalization of the patient-analyst relationship in patients with naricissistic disorders" în *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 1974, p. 183-191

Edelson, M., *Psychoanalysis: A theory in crisis*, University of Chicago Press, Chicago, 1988

Ehrenberg, D.B., *Extending the reach of psychoanalytic interaction*, Norton, New York, 1992

Epstein, R.S., *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994

Firestein, S.K., *Termination in psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1978

Fisher, S., *Body experience in fantasy and behavior*, Appleton Century Croft, New Yrok, 1979

Fleming, J., *The teaching and learing of psychoanalysis*, Guilford, New York, 1987

Framo, J., *Explorations in marital and family therapy*, Springer, New York, 1982

Freud, S., „An outline of psychoanalysis" în J. Strachey (editor şi traducător), *The standard edition of the psychological works of Sigmund Freud*, vol. 23, Hogarth Press, Londra, 1940, p. 139-207

Gabbard, G.O., „When the patient is a therapist: Special challenges in the psychoanalytic treatment of mental health professionals" în *Psychoanalytic Review*, 82, 1995, p. 79-125

Gabbard, G.O. și Lester, F.P., *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1995

Geller, J.D., „Moods, feelings, and the process of affect formation" în L. Temoshuk, L.S. Zegans și C. Van Dyke (editori), *Emotions in health and illness: Foundations of clinical practice*, Grune and Stratton, Orlando FL, 1984, p. 171-186

Geller, J.D., „The process of psychotherapy: Separation and the complex interplay among empathy, insight and internalization" în J. Bloom-Feshback și S. Bloom-Feshback (editori), *The psychology of separation through the life span*, Jossey-Bass, San Francisco, 1988, p. 459-514

Geller, J.D., „The psychotherapist's experience of interest and boredom" în *Psychotherapy*, 3, 1994, p. 3-16

Geller, J.D., „Thank you for Jenny" în B. Gerson (editor), *The therapist as a person*, Analytic Press, New York, 1996, p. 119-141

Geller, J.D., „What does it mean to practice psychotherapy scientifically?" în *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 47, 1998, p. 187-215

Geller, J.D., „My personal Tiresias: A geographer of the inner world" în R. Landy (editor), *Symbolization and desymbolization*, Other Press, New York, 2003a, p. 511-533

Geller, J.D., „Self-disclosure in psychoanalytic-existential psychotherapy" în *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 59, 2003b, p. 1-14

Geller, J.D. și Farber, B.A., „Factors influencing the process of internalization in psychotherapy" în *Psychotherapy Research*, 3, 1993, p. 166-180

Geller, J.D. și Schaffer, C.E., *Internalization of the supervisory dialogue and the development of therapeutic competence*, lucrare prezentată la a 21-a întrunire anuală a Society for Psychotherapy Research, Santa Fe NM, 23 Iunie 1988

Geller, J.D, Smith-Behrends, R. și Hartley, D., „Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective" în *Imagination, Cognition and Personality*, 1, 1981-82, p. 123-146

Greenberg, J.R., „Psychoanalytic technique and the interactive matrix" în *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1995, p. 1-22

Greene, L.R. și Geller, J.D., „Effects of therapists' clinical experience and personal boundaries on termination of psychotherapy" în *Journal of Psychiatric Education*, 7, 1985, p. 31-35

Guntrip, H., *Psychoanalytic theory, therapy and self*, Basic Books, New York, 1973

Gutheil, T.G. şi Gabbard, G.O., „The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk management dimensions" în *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, p. 188-196

Hall, E.T., *The hidden dimension*, Doubleday, Garden City NY, 1966

Hartlaub, G.H., Martic, G.C. şi Rhine, M.W., „Recontact with the anayst following termination: A survey of seventy-one cases" în *Journal of the Amercian Psychoanalytic Association*, 34, 1986, p. 885-910

Hartmann, E., *Boundaries in the mind: A new Psychology of personality*, Basic Books, New York, 1991

Hoehn-Saric, R., Frank, J.D., Imber, S., Nash, E.H., Stone, A.R. şi Battle, C.C., „Systematic preparation of patients for psychotherapy. 1. Effects on therapy, behavior and outcome" în *Journal of Psychotherapy Research*, 2, 1964, p. 267-281

Hoffmann, I.Z., *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*, Analytic Press, New York, 1998

Hurwitz, M.R., „The analyst, his theory, and psychoanalytic process" în *Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 1986, p. 439-466

Johnston, S.H. şi Farber, B.A., „The maintenance of boundaries in psychotherapeutic practice" în *Psychotherapy*, 33, 1996, p. 391-402

Kantrowitz, J.L., Katz, A.L., Greenamn, D.A., Morris H., Paolitto, F., Sashin, J. şi Solomon, L., „The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis: A pilot study" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 1989, p. 893-920

Kantrowitz, L.I., Katz, A.L. şi Paolitto, F., „Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1990, p. 637-654

Kluckhohn, T. şi Murray, H., *Explorations in personality*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1949

Kohut, H., *The analysis of the self*, International Universities Press, New York, 1971

Kohut, H., *How does analysis cure?* A. Goldberg şi P. Stepansky (editori), University of Chicago Press, Chicago, 1984

Kundera, M., *The unbearable lightness of being*, Harper and Row, New York, 1984

Langs, R., *The bipersonal field*, Aronson, New York, 1976

Loewald, H., „On the therapeutic action of psychoanalysis" în *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 1960, p. 1-18

Loewald, H.W., „Internalization, separation, mourning, and the super-ego" în *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 1962, p. 483-504

Lohser, B. şi Newton, P.M., *Unorthodox Freud: The view from the couch*, Guilford, New York, 1996

Mahoney, M.J., *Human change processes: The scientific foundation of psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991

Martinez, D. şi Hoppe, S.K., „The analyst's own analyst: Other aspects of internalization", lucrare prezentată la a 27-a întâlnire anuală a Society for Psychotherapy Research, Snowbird UT, 1998

Mitchell, S.A., *Relational concepts in psychoanalysis*, Harvard University Press, Cambridge MA

Mitchell, S.A., *Hope and dread in psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1993

Minuchin, S., *Families and family therapy*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1976

Oremland, J.D., Blacker, K.H. şi Norman, H.F., „Incompreteness in „successful" psychoanalyses: A follow-up study" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 1975, p. 819-844

Orlinksy, D.E. şi Geller, J.D., „Patients' representations of their therapists and therapy: New measures" în J. Miller, J.P. Luborsky, J.P. Barber şi N.E. Docherty (editori), *Psychodynamic treatment research*, Basic Books, New York, 1993, p. 311-381

Pfeffer, A. „The meaning of the analyst after analysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 1963, p. 229-244

Pope, K.S. şi Bouhoutsos, N., *Sexual intimacy between therapists and patients*, Praeger, New York, 1986

Pope, K.S. şi Vasquez, M.J.T., *Ethics in psychotherapy and conseling*, Jossey-Bay, San Francisco, 1998

Rangell, L., „An overview of ending an analysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 1966, p. 229-244

Renik, O., „Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreductible subjectivity" în *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 1993, p. 553-571

Rogers, C., „Empathic: An unapreciated way of being" în *Counseling Psychologist*, 5, 1975, p. 1-10

Ruttna, J.S. şi Stone, W.N., *Psychodynamic group psychotherapy*, Coll Amore Press, Toronto, 1993

Sandler, J. şi Rosenblatt, B., „The concept of the representational world" în *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 1962, p. 128-145

Scachter, J., „Concepts of termination and post-termination patient-analyst contact" în *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 1992, p. 137-154

Schafer, R., „Generative empathy in the treatment situation" în *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 1959, p. 342-373

Schafer, R., *Aspects of internalization*, International Universities Press, New York, 1968

Schlessinger, N. şi Robbins, J., „Assessment and follow-up in psychoanalysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 1974, p. 542-567

Shapiro, D., „The analyst's own analysis" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 1976, p. 5-42

Shevrin, H., „Psychoanalysis as science" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1995, p. 963-986

Simon, B., „In search of psychoanalytic technique: Perspectives from on the couch and behind the couch" în *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 1993, p. 1051-1081

Smith, D. şi Fitzpatrick, M., „Patient-therapist boundary issues: An integrative summary of theory and research" în *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 1995, p. 499-506

Sommer, R., *Personal Space*, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 1969

Spence, D.P., *Narrative truth and historical truth*, Norton, New York, 1993

Witkin, H.A. şi Goodnough, D.R., *Cognitive styles: Essence and origins*, Internation Universities Press, New York, 1993

Wolf, E.S., „How to supervise without doing harm: comments on psychoanalytic supervision" în *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 1996, p. 252-267

Wzontek, N., Geller, J.D. şi Farber, B.A., „Patients' post-termination representations of their psychotherapists" în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 1995, p. 395-410

Yourman, D.J. şi Farber, B.A., „Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision" în *Psychotherapy*, 33, 1996, p. 567-575

Epilog

Psihoterapeutul ca pacient, psihoterapeutul psihoterapeutului și psihoterapeutul ca persoană

de David E. Orlinsky, Jesse D. Geller și John C. Norcross

Imaginați-ne pe noi, în aceste pagini de final, discutând capitolele cărții noastre cu o Persoană Imparțială inteligentă, dar neformată profesional — poate un descendent imediat al celor împreună cu care Freud (1926/ 1959) a purtat conversații în cartea sa despre „analiza nespecializată". Ne putem imagina un astfel de individ întrebând, cu un oarecare sentiment de confuzie:

> De ce ar trebui psihoterapeuții, la rândul lor, ca o chestiune de rutină, să aibă nevoie sau să dorească să beneficieze de psihoterapie, mulți dintre ei mai mult de o dată, dacă este să se ia în considerare ceea ce spun cercetătorii? Până la urmă, medicii nu se supun la modul general tratamentelor medicale decât dacă sunt obligați să facă acest lucru de o boală specifică, și nici dentiștii nu își șlefuiesc dinții și nici nu-și fac extracții doar pentru a fi trăit acea experiență. Sunt psihoterapeuții într-atât de tulburați încât să aibă într-adevăr nevoie să beneficieze de terapie personală? Și, dacă așa stau lucrurile, acest fapt nu implică ideea că ar fi nepotriviți în a îi trata pe alții care au nevoie de ajutor psihologic?

Concluzionăm astfel că această întrebare pusă de Persoana noastră Imparțială are un punct valid, chiar dacă limitat. O minoritate de psihoterapeuți cedează uneori acelorași tipuri de tulburări emoționale și psihologice ca și pacienții care se prezintă pentru tratament, printr-o anumită combinație a propriilor vulnerabilități și stresurilor generate de viețile lor personale și profesionale. Atunci când acest lucru li se întâmplă terapeuților, tulburările lor personale pot nu numai să reclame tratament, dar pot, de asemenea, să le perturbe în mod semnificativ

abilitatea de a oferi trament eficient și etic pacienților. Practicienii perturbați reprezintă o îngrijorare pentru profesie din două motive: din punct de vedere etic, pentru a proteja pacienții și publicul larg de un tratament defectuos, și din punct de vedere uman, pentru a se asigura că acei colegi care au probleme obțin un ajutor potrivit. În același fel, medicii și alți profesioniști în sănătate, care sunt bolnavi, pot infecta sau îi pot răni în orice alt fel pe pacienții lor, o situație ale cărei măsuri potrivite ar trebui să prevină întâmplarea acestora, iar profesioniștii în sănătate merită, cu siguranță, îngrijire corespunzătoare atunci când se îmbolnăvesc.

Cu toate acestea, îngrijorarea privind psihoterapeuții perturbați, pe cât de serioasă este, se aplică în mod real unei mici minorități de cazuri, ceea ce indică faptul că majoritatea psihoterapeuților care beneficiază de terapie personală fac acest lucru din alte motive. Întrebarea Persoanei noastre Imparțiale este direcționată greșit, pentru că analogia între psihoterapie și medicină sau stomatologie este doar parțial corectă. Așa cum Freud a făcut multe eforturi pentru a-i clarifica Persoanei sale Imparțiale, cu mulți ani în urmă, tratamentele psihanalitice — în ultimul timp, și alte forme de psihoterapie — diferă în mod semnificativ de medicina biologică. Mai mult decât atât, așa cum și Freud a susținut și așa cum avocații majorității altor psihoterapii ar fi de acord, există diferențe semnificative între calitățile profesionale și cele personale care le permit clinicienilor să practice eficient modele de tratament psihologice sau fizice.

Concepțiile privind această diferență variază într-o oarecare măsură, în funcție de susținătorii a diverse psihoterapii, așa cum s-a ilustrat în partea I a acestei cărți. Oricum, credem că toți acei autori ar fi de acord că relația interpersonală dintre terapeut și pacient joacă un rol mult mai mare în terapiile psihologice decât în medicina fizică (vezi și Norcross, 2002). În medicina fizică, tratamentul este, în mod esențial, de natură biochimică, mecanică sau chirurgicală, în timp ce relația dintre doctor și pacient este văzută ca incidentală — subordonată tratamentului care poate încuraja în mod folositor respectarea regimului prescris. Familiaritatea doctorului tradițional față de pacienții individuali și familiile acestora, precum și prețuita „manieră de a sta pe marginea patului" care a funcționat odată ca o sursă de sprijin au dispărut în mod real în epoca actuală din practica medicală intens specializată, organizată birocratic, condusă pe criteriul productivității.

În terapiile psihologice, dimpotrivă, o relație terapeut–pacient pozitivă este esențială, fie că aceasta este conceptualizată ca o precondiție a

unei furnizări eficiente a intervenției (de exemplu în tratamentul cognitiv și comportamental), ca o sursă a unei livrări strategice în vederea modificării unei game mai mari de relații (de exemplu în tratamentul sistemic de familie), ca un context vital al schimbării personalității (de exemplu prin interpretarea psihanalitică și prin lucrul asupra relațiilor transferențiale) sau preluându-și dreptul și funcționând ca o influență suportivă care facilitează creșterea (de exemplu în psihoterapiile experiențiale și de grup). Aceste concepții diferite ale relației dintre terapeut și pacient nu sunt logic incompatibile, ci mai degrabă accentuează și ilustrează potențialurile terapeutice variate inerente acestei relații. Elementul interpersonal sau „interuman" (Buber, 1965) din toate psihoterapiile este cel care explică într-adevăr obiceiul prevalent și important al terapiei personale pentru psihoterapeuți.

Potențialele terapeutice variate ale relației doctor–pacient menționate pot fi văzute în mod plauzibil ca surse ale manierei tradiționale a doctorului de a sta pe marginea patului cu influență de vindecare — adesea singura influență vindecătoare disponibilă medicilor înaintea încă a relativei recente dezvoltări a medicinei științifice. Puterea acestei influențe psihologice este atestată de eforturile intense și, în general, doar parțial de succes ale cercetării medicale de a controla așa-zisul factor placebo, atunci când încearcă să evalueze experimental intervențiile fizice. Este chiar și mai plauzibil să privești dezvoltarea istorică a psihoterapiilor moderne din psihanaliză înainte de evoluția, specializarea și rafinamentul progresiv al potențialelor terapeutice inerente manierei tradiționale a medicului de a sta pe marginea patului.

Pe când Persoana Imparțială din conversația noastră imaginată pare pregătită să îmbrățișeze acest punct de vedere, ar trebui ca noi să încercăm să ne facem argumentația mai explicită. Faptul că relaționarea interpersonală este un aspect atât de central al psihoterapiilor înseamnă că anumite calități *personale* ale psihoterapeuților — capacitatea de percepție socială, rezonanța emoțională și capacitatea de răspuns, motivația de a ajuta, compasiunea, autoînțelegerea și autodisciplina — sunt părți integrale ale lucrului lor terapeutic cu pacienții, împreună cu acele calități mai generice *profesionale* referitoare la competența tehnică, onestitate și obiectivitate. Este nevoie ca acele calități personale să fie dezvoltate și menținute la un nivel înalt de sofisticare și rafinament — un nivel mai înalt de fapt decât cel care este pretins sau se așteaptă în mod normal de la majoritatea oamenilor în relațiile lor personale. Dată fiind vulnerabilitatea sporită a pacienților — datorată atât experiențelor lor dintr-un trecut dureros, cât și dependenței curente de terapeuții lor —, relația

psihoterapeutică, în general, este mai ușor de deteriorat prin momente de neînțelegere, exprimare emoțională exagerată și, vrând, nevrând, durere cauzată, decât sunt relațiile de familie apropiate, guvernate de norma „iubirii" în societatea noastră (de exemplu: Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler și Tipton, 1985; Schneider, 1968). Psihoterapiile personale de care beneficiază atât de mulți terapeuți pot fi privite pe scară largă ca mijloace de dezvoltare, îmbunătățire și menținere a calităților și abilităților interpersonale la cel mai înalt nivel.

Cu toate acestea, oricât de ameliorate ar putea fi calitățile personale ale acestora și oricât de egalitare ar fi conceptele lor de sine cu privire la pacienții lor, psihoterapeuții își asumă întotdeauna o responsabilitate cum ar fi gestionarea partenerilor în lucrul profesional cu pacienții. Astfel, aceștia sunt obligați să aplice cunoștințele tehnice și să-și exerseze judecata profesională în mod obiectiv și doar în beneficiul pacienților. Calitățile impersonale interpersonale, pe care le împărtășesc alți profesioniști în sănătate și în servicii umane precum și cei din profesii „de încredere" (de exemplu: contabili, procurori), diferă marcant de înaltele calități personale de care psihoterapeuții au nevoie pentru a-și efectua funcția specifică.

Astfel, o altă provocare critică pentru psihoterapeuți este nevoia de a integra și de a echilibra eficient calitățile personale și interpersonale care le sunt impuse de „profesia imposibilă". Această provocare nu poate fi mai mare decât atunci când terapeuții oferă terapie altor psihoterapeuți, de vreme ce sentimentul natural al identificării cu pacientul, bazat pe o vocație împărtășită, poate sugruma în mod semnificativ echilibrul dintre calitățile necesare personale și interpersonale, deși poate fi forțată și în alte feluri. Atingerea și menținerea acestui echilibru reprezintă o altă funcție majoră a terapiei personale, care este adesea căutată și folosită de terapeuții din orientări teoretice variate.

În acest punct, Persoana noastră Imparțială, care a ascultat atentă, încuviințează în sensul unui acord aparent, care arată că este în mod clar pregătită să pună o altă întrebare:

> Dacă motivele oferite până acum, ca psihoterapeuții să beneficieze de propria terapie, sunt valide (așa cum par să fie) și dacă acestea se aplică mai mult sau mai puțin similar tuturor terapeuților (așa cum ar trebui, după cum reiese din argumentație), atunci de ce terapeuții din orientări teoretice diferite --- de exemplu cei care au scris în părțile I și a II-a a cărții — aleg moduri atât de diferite de a implementa funcțiile atribuite terapiei personale? Unii autori pretind ca aceasta să aibă loc într-un mod specific

și pentru o anumită perioadă de timp, în timp ce alți autori par mai puțin stricți în ceea ce privește cerințele sau recomandă proceduri diferite. De fapt, unii autori par să nici nu vorbească despre „terapia personală" deloc, ci preferă termeni ca „antrenament de facilitate relațională", „muncă de creștere" sau „întâlniri de grup autoexploratorii". Dacă luăm de bun ceea ce s-a afirmat anterior, că terapia personală este esențială sau cel puțin foarte valoroasă pentru psihoterapeuți, de ce există o varietate atât de mare în recomandările pe care aceștia le oferă cu privire la psihoterapie?

Răspunsul oferit întrebării rezonabile a Persoanei noastre Imparțiale rezidă în concepțiile diferite pe care terapeuții le împărtășesc cu privire la psihopatologie, natura și prevalența acesteia — chiar și printre acei terapeuți care sunt, după cum Freud se descria pe el însuși, „aproximativ normali" (Freud, 1900/1953, p. 105) — și până unde relațiile cu alte persoane sunt afectate de aceasta. Aceste concepte sunt mai degrabă întrețesute într-un mod complicat, dar vom face tot posibilul pentru a ne face înțeleși în mod clar, comparând diferențele dintre perspectivele teoretice.

Văzută dintr-o perspectivă covârșitor comportamentalistă, patologia este în mod tipic identificată, din rațiuni practice, cu apariția unor simptome clare care perturbă în mod semnificativ funcționarea pacientului și, de asemenea, cauzează, în general, distres emoțional persoanelor implicate sau celor apropiate acestora. Aceste simptome în sine nu sunt văzute ca manifestări ale unei tulburări „de bază" neobservate care reflectă caracterul și personalitatea pacientului. Simptomele patologice se crede că apar printr-o învățare greșită sau dezadaptativă și, deși pot fi destul de serioase și generatoare de slăbiciuni, sunt văzute mai degrabă ca incidentale decât ca integrale în ceea ce privește miezul personal al identității pacientului. Același lucru poate fi spus și despre terapiile cognitiv-comportamentale și cognitive, cu excepția că sursa simptomelor nu este văzută în aceeași măsură ca fiind datorată condiționării sau învățării instrumentale, ci, mai degrabă, credințelor nerealiste și iraționale și obiceiurilor cognitive greșite din care apar, cum ar fi raționamentele de tip totul sau nimic sau supragneralizările netestate ale experiențelor circumstanțiale specifice.

Terapiile comportamentale și cognitiv-comportamentale sunt, în mare măsură, direcționate spre eliminarea sau ameliorarea simptomelor specifice, iar pacienții sunt considerați a fi vindecați atunci când acele simptome au fost eliminate. În plus, terapiile care sunt în mod specific orientate cognitiv tind să corecteze credințele nerealiste și raționarea

greşită care dau naştere simptomelor. În ambele cazuri, oricum, absenţa simptomelor manifeste implică faptul că nu există nici un motiv de a suspecta prezenţa patologiei sau de a prescrie o cură de tratament. În mod logic, urmează că nu există nici un motiv de a recomanda terapie personală terapeuţilor, dacă aceştia nu experimentează sau nu manifestă la momentul respectiv simptome clare.

Cu toate acestea, terapeuţii din această convingere teoretică recunosc din ce în ce mai mult că un comportament interpersonal cu pacienţii poate avea un impact semnificativ asupra cursului şi rezultatului tratamentului şi că terapeuţii (la fel ca toate persoanele în general) îşi privesc în mod normal propriul comportament şi efectele acestuia dintr-o perspectivă întrucâtva egocentrică sau subiectivă. Din aceste motive, experienţele de pregătire care îi ajută pe terapeuţi să devină mai conştienţi de şi mai în măsură să îşi controleze impactul comportamentului lor asupra altora constituie o calitate valoroasă pentru orice terapeut. Oricum, astfel de experienţe de pregătire nu constituie terapie în sensul strict şi, de cele mai multe ori, nu sunt etichetate astfel, chiar dacă procedurile se pot asemăna cu cele folosite în alte forme de psihoterapie.

În contrast cu terapiile comportamentale, care se concentrează pe simptomele pacienţilor, şi nu pe personalităţile acestora, teoriile existenţiale şi umaniste tind să vadă problemele indivizilor, în principal, ca limitări sau distorsiuni în autorealizarea acestora sau a dezvoltării lor personale; acest lucru este pe cât de esenţial, pe atât de integrativ pentru fiinţa lor. În mod tradiţional, multe abordări umaniste (de exemplu: terapii centrate pe client şi terapii experienţiale) desconsideră accentul pus pe psihopatologia în sine, preferând în mod obişnuit să numească persoanele din terapie „clienţi" mai degrabă decât „pacienţi" şi evitând să categorisească clienţii în termeni de diagnostic. Din punct de vedere teoretic, principala sursă a neplăcerilor clienţilor şi a autorealizării incomplete şi problematice este atribuită absenţei condiţiilor ce facilitează dezvoltarea, cum ar fi căldura şi empatia în cadrul relaţiilor primare, care se transformă în autoapărări şi atitudini faţă de sine perturbate, mai degrabă decât condiţionării unor răspunsuri specifice disfuncţionale sau învăţării instrumentale neadaptate în anumite situaţii-stimul specifice. Oricum, aşa cum insuficienţa condiţiilor favorizante de creştere a împiedicat odată dezvoltarea clienţilor ca „persoane deplin funcţionale" (Rogers, 1959), este la fel de posibil ca oferirea de condiţii facilitatoare de creştere experimentate în terapie să conducă acum la o reînnoire întârziată a creşterii personale. Pentru majoritatea clienţilor, şi în mod special pentru aceia care nu sunt perturbaţi foarte serios, experienţa

condițiilor favorizante de dezvoltare într-o relație interpersonală *este* miezul experienței terapeutice. Fie că aceste condiții favorizante de dezvoltare sunt înțelese ca acceptarea autentică, empatică și necondiționată a clientului, cum a fost definită de Rogers (1957), sau ca echilibrul oportun și abil, între provocare și suport, desemnat să confrunte clienții cu o stare de „urgență sigură" în manieră Gestalt (Perls, 1976), terapiile umaniste urmăresc să stimuleze și să susțină procesul de autodezvoltare care este văzut ca inerent personalității.

În acest context, terapia personală sau experiențele analoage de întâlnire personală sunt importante pentru terapeuți din două motive. Primul, în principiu un motiv profesional, este de a ameliora abilitatea terapeului de a întâlni în mod sensibil nevoile clienților individuali în vederea relațiilor favorizante de dezvoltare optimă, ceea ce implică a fi în mod consecvent empatic, autentic din punct de vedere personal, care să susțină afirmarea în mod constructiv și provocarea potrivită cu o gamă largă de clienți. Al doilea, un motiv intim în mod fundamental (deși fără nici o legătură), este că o dezvoltare personală sau o autorealizare este un proces continuu, niciodată realizat în întregime, de răspuns la provocările vieții de care depinde starea de bine. Din perspectiva umanistă, angajamentul unui terapeut față de dezvoltarea personală a clienților, pentru a fi în totalitate autentic, trebuie să fie dublat de un angajament paralel care să implice propria dezvoltare personală. Acest angajament trebuie să ia forma terapiei personale, dacă terapeuții experimentează impedimente semnificative în dezvoltare, reflectate în lipsa unei stări de bine, sau se poate ivi prin mijloace mai puțin formale, cum ar fi participarea la seminarii de formare periodice și grupuri de întâlnire continue.

Din punct de vedere istoric, bineînțeles, tradiția terapeuților beneficiind de psihoterapie personală își are originea în psihanaliză, cu prescripția lui Freud (de exemplu: 1912/1958), conform căreia o componentă esențială a unei formări psihanalitice trebuie să ia forma unei analize de formare, care în mod ideal ar trebui suplimentată periodic cu tratament adițional. În teoria psihanalitică, la fel ca în abordările umaniste, psihopatologia își are rădăcina în tulburările de dezvoltare, percepute însă doar ca mai inevitabile, mai universale, mai influente, mai refractare și mai atotpătrunzătoare (Freud, 1917/1963). Acestea sunt mai *inevitabile*, dat fiind faptul că își au sămânța în conflictele din copilărie nerezolvate și nerezolvabile (de exemplu complexul Oedip sau „de familie"), de care nu scapă nimeni, indiferent cât de benign ar fi mediul interpersonal timpuriu al unei persoane. Acestea sunt mai *universale*

pentru că, la fel cum toți indivizii își îmbracă pantalonii câte un crac pe rând, astfel fiecare adult a trăit mulți ani de imaturitate și dependență specifice copilăriei, care au exclus efectiv rezolvarea conflictelor semnificative în dezvoltare. Acestea sunt mai *influente* pentru că reziduurile conflictelor din copilărie nerezolvate constituie miezul cel mai profund al personalității unui individ. Acestea sunt mai *refractare*, dat fiind că reziduurile conflictelor din copilărie nerezolvate sunt produse inconștiente, învelite în straturi de rezistență de apărare, ființând dincolo de conștiința de sine normală a individului și de controlul voluntar. În sfârșit, formele luate de acele conflicte sunt *atotcuprinzătoare* pentru că indivizii tind să le repete în mod compulsiv, vrând-nevrând și mai mult sau mai puțin insidios ca transferuri inconștiente în relații ulterioare.

Dacă simptomele majore apar din aceste conflicte sau nu, este, cel puțin din punct de vedere teoretic, aproape o considerație secundară, deși, bineînțeles că din punct de vedere clinic, aceasta reprezintă o problemă serioasă. În teoria psihanalitică și psihodinamică, aceleași conflicte sunt manifestate prin simptome minore cum ar fi disfuncția mintală eponimă a vieții de zi cu zi, cunoscută ca „act ratat freudian", și experiențele de viață în stare de veghe și stare de somn luând forma fanteziilor intime și a viselor.

Psihanaliștii și terapeuții orientați psihanalitic sunt solicitați, în mod obișnuit, să gestioneze doar reziduurile de conflicte mai serioase (de exemplu: simptomele nevrotice, inhibițiile și problemele de caracter), dar făcând acest lucru ei trebuie să fie pregătiți să își gestioneze atât pacienții, cât și propriile procese inconștiente. Pentru a fi eficienți, aceștia trebuie să își fi extins propria conștiință de sine și controlul de sine dincolo de tendințele inconștiente care s-ar transforma astfel în puncte oarbe, care ar împiedica progresul terapeutic al pacientului, și în contratransferuri inconștiente, care ar tulbura relația terapeutică. În același timp, acolo unde există suficientă deschidere și comunicare între modurile de experiență conștiente și incoștiente, inconștientul terapeutului poate fi o sursă avantajoasă de implicare creativă terapeutică cu pacientul, în care terapeutul „poate să își folosească propriul inconștient ca un organ receptor spre inconștientul transmițător al pacientului" (Freud, 1912/1958, p. 115). Acest aspect creativ al inconștientului este accentuat și elaborat în analiza jungiană.

Dintre toate abordările diferite ale psihoterapiei prezentate în această carte, teoria psihanalitică proiectează cea mai cumplită și mai sumbră perspectivă, cerându-le astfel psihoterapeuților să aibă o experiență extinsă și eficientă de terapie personală. Cu toate acestea, îi reamintim

Persoanei noastre Imparţiale că, oricât de influentă poate fi din perspectivă istorică, nu este o perspectivă împărtăşită de toate abordările teoretice. Am menţionat deja că perspectivele cognitiv-comportamentale şi umaniste asupra terapiei, care sunt, în mod evident, destul de diferite de cea a psihanalizei şi chiar una de cealaltă, conduc, de asemenea, terapeuţii spre a avea o experienţă de terapie personală (sau o procedură foarte similară) ca parte vitală a formării şi practicii lor clinice. Abordarea sistemică a lucrului terapeutic este cazul următor avut în vedere.

Terapiile sistemice diferă de alte abordări terapeutice în ceea ce priveşte înţelegerea psihopatologiei, văzând ca principală sursă a acesteia reţeaua de relaţii primare în care pacientul identificat participă. Pentru majoritatea, acele reţele de relaţii primare implică grupuri de familie, în special familia-de-origine a individului (reţeaua relaţională în care el sau ea a trăit în timpul copilăriei sale), deşi relaţiile de familie şi maritale curente sunt de fapt cele care reprezintă punctul central al tratamentului. În terapiile sistemice, tulburările de comportament, gândire şi emoţionale sunt, în general, identificate ca psihopatologice şi sunt văzute în mod fundamental ca proprietăţi ale sistemului de familie în sine, mai degrabă decât ca proprietăţi interne ale membrilor individuali ai familiei — deşi simptomele acelei patologii sistemice pot fi manifestate în mod fundamental printr-un membru al grupului sau o relaţie specifică din cadrul reţelei mai vaste. Acest accent pe contextul interpersonal şi de grup în înţelegerea patologiei (şi a personalităţii în sens mai larg) contrastează dramatic cu perspectivele individualiste ale altor abordări terapeutice care se concentrează fie intrapsihic, pe conflicte şi interacţiunile dintre componentele personalităţii (teoriile psihodinamice), pe autorealizarea individului ca o persoană completă (teoriile umaniste), fie pe modalităţile de adaptare sau neadaptare învăţate ale indivizilor în raport cu mediul lor (teoriile cognitiv-comportamentale).

Deşi terapia bazată pe teoria sistemică poate fi condusă cu pacienţi individuali, terapeuţii sistemici, în mod obişnuit, preferă să lucreze cu grupuri de familie sau subsisteme familiale (de exemplu: perechi părinte-copil, cupluri maritale) şi îşi concentrează intervenţiile direct pe acele relaţii. Terapeuţii orientaţi sistemic lucrează pentru a transforma familia „pacient" sau subsistemele familiale prin participarea la aceasta activ (chiar dacă temporar) ca participant-observator, cu scopul ajutorării sistemului să devină un cadru mai puţin conflictual, mai benign pentru participanţii rezidenţi ai sistemului. Oricum, pentru a se alătura şi a participa terapeutic în familii sau subsisteme „pacient", terapeuţii trebuie să fie capabili să navigheze prin curenţii turbulenţi ai interacţiunii

emoţionale caracteristici acelor sisteme, să reziste presiunilor emoţionale generate în cadrul acestora şi să ajungă să opereze eficient în cursul intens interactiv dintre membrii familiei. Pentru a face asta, terapeuţii trebuie să fie în mod evident conştienţi şi în control în ceea ce priveşte vulnerabilităţile şi predilecţiile în contextele de familie, pe care ei înşişi le-au dezvoltat ca membri ai propriilor familii-de-origine. În acest context, pe lângă beneficiile generale ale terapiei personale pe care terapeuţii sistemici le pot împărtăşi cu clinicienii din alte orientări, terapia lor personală este probabil mai importantă.

În consecinţă, concluzionăm răspunsul nostru datorat celei de-a doua întrebări a Persoanei Imparţiale sugerând că terapia personală (împreună cu procedurile similare desemnate să sporească creşterea personală şi profesională) este importantă din diferite motive pentru tipuri diferite de psihoterapeuţi. Fiecare orientare teoretică găseşte motive întemeiate pentru a le cere sau a le recomanda terapeuţilor să beneficieze de terapie personală, chiar dacă acele motive variază de la o orientare la alta.

De vreme ce această conversaţie cu Persoana noastră Imparţială este un construct al imaginaţiei noastre, ne asumăm libertatea de a renunţa la întrebările suplimentare privitoare la motivele marii diversităţi a orientărilor teoretice ale psihoterapeuţilor. Oricum, Persoana noastră Imparţială, care a aceptat cordial răspunsurile noastre până acum, nu ne va lăsa totuşi să scăpăm fără să pună o ultimă întrebare:

> Înţeleg acum că terapia personală este într-adevăr importantă pentru psihoterapeuţi şi că psihoterapia diferă în această privinţă faţă de alte profesii din domeniul sănătăţii. Înţeleg, de asemenea, că teorii diferite privesc problema psihoterapiei personale din unghiuri diferite şi o recomandă în scopuri diferite. Totuşi, din ceea ce am citit şi mi s-a spus, se pare că terapia personală nu a fost discutată foarte mult în literatura de specialitate. De ce nu a fost discutată mai mult şi de ce nu este mai frecvent recomandată în programele de formare?

O dată în plus, Persoana noastră Imparţială a identificat cu abilitate o problemă semnificativă. La această întrebare, noi oferim următoarea replică. Psihoterapeuţii, la rândul lor, laudă în mod excesiv (majoritatea) experienţele lor de terapie. Aceştia raportează în mod copleşitor o satisfacţie ridicată şi rezultate uluitoare obţinute din terapia lor personală. Ei fac acest lucru atât privat, cât şi individual, dar din motive de confidenţialitate puţini dintre practicienii în sănătatea mintală discută în mod public despre psihoterapia lor personală. Din nefericire, această lipsă de dorinţă, de altfel de înţeles, de a discuta experienţe profund

personale mai deschis generează o stare de ignoranță pluralistică. De aici înainte, cunoștințele despre beneficiile variate ale terapiei personale pentru psihoterapeuți tind să fie parte a unei subculturi terapeutice (Wachtel, 1977) — ceva ce în mod virtual toți psihoterapeuții știu, dar nu dezvăluie în mod public.

Doar rareori psihoterapeuți curajoși își expun public și profesional propria istorie de terapie personală, pentru că acest lucru implică relevarea aspectelor celor mai personale, sensibile și conflictuale ale vieților lor private atât unei audiențe potențiale de persoane nespecializate, needucate profesional, cât și unei audiențe educate profesional, dar potențial formate din colegi foarte critici. Primii dintre aceștia pot fi pe mai departe convinși de impresia, inițial verbalizată mai politicos de Persoana noastră Imparțială, că „toți psihoterapeuții sunt nebuni". Chiar mai înfricoșătoare decât asta este posibilitatea ca unii colegi profesioniști prea critici din breaslă să intervină cu diagnostice vătămătoare ale terapeuților care își discută experiențele din terapia personală.

Din motive similare, multe programe de formare sunt, de asemenea, reticente față de a le impune în mod public studenților și absolvenților să beneficieze de terapie personală. Aceasta este atât o problemă de aparență, cât și de alegere. Impunerea terapiei pentru inițiați (în afara institutelor psihanalitice) poate crea impresia că studenții și candidații în formare sunt în mod obișnuit tulburați sau perturbați ca indivizi, ceea ce ar compromite în mod semnificativ credibilitatea acestora în a fi de ajutor. Mai mult decât atât, a cere terapia personală candidaților în formare ar impune un cost semnificativ persoanelor tinere care nu sunt angajate încă profesional, trebuind deja să găsească mijloace pentru a se întreține în anii studenției. Mai important, poate, a considera terapia personală o cerință ar exclude studenții și absolvenții de la posibilitea de a face alegeri individuale și angajamente personale în terapie, care sunt esențiale pentru a obține un beneficiu real din aceasta și din alte experiențe de intensificare a dezvoltării.

Într-adevăr, unul dintre principalele noastre obiective în alcătuirea și editarea acestei cărți este de a aduce laolaltă și de a discuta experiențele de terapie personală ale psihoterapeuților într-un cadru de discuții public și onorabil din punct de vedere profesional. După ce am făcut ceea ce am putut pentru a realiza acest scop, ne vom asuma libertatea de a adresa câteva gânduri de final Persoanei Imparțiale și celorlalți cititori.

Fiecare persoană care intră în psihoterapie speră, într-o oarecare măsură, să găsească terapeutul perfect — unul care este în mod constant înțelegător, întotdeauna disponibil, capabil să dăruiască grijă în mod

consecvent și care să ofere întotdeauna echilibrul perfect de suport și provocare care va face experiența terapeutică „urgența sigură" ideală. Orice persoană care intră în psihoterapie nu merită mai puțin de atât. Cu toate acestea, nici un terapeut nu este sau nu poate fi un terapeut perfect; doar (la cotele cele mai înalte, poate) un terapeut „destul de bun" — disponibil majoritatea timpului, înțelegător în majoritatea timpului, sensibil și prevenitor în majoritatea timpului. Ceea ce este trist, deși evident, este faptul că și noi, terapeuții, suntem tot oameni, ceea ce înseamnă că, deși adesea destul de buni, nu rareori nu suntem destul de buni pentru a răspunde nevoilor pacienților noștri și suntem uneori — dacă ne bazăm pe dovezi, relativ rar — destul de incompetenți pentru a face rău.

Nevoia psihoterapeutului de o terapie personală proprie ține, în primul rând și cel mai important, de obligația etică de a nu răni și de a da speranță terapeuților perturbați ocazional de a deveni destul de buni. În final, aceasta ține de obligația noastră profesională de a încerca, în ciuda tuturor obstacolelor, să suplinim prăpastia incomensurabilă dintre a fi un terapeut destul de bun, așa cum pot fi majoritatea dintre noi în majoritatea timpului, și terapeutul perfect pe care pacienții noștri îl merită, dar fără de ajutorul căruia trebuie să învețe să trăiască. Ca terapeuți, trebuie să ne îmbunătățim constant, nu numai în munca noastră ca terapeuți, ci (oricât de ciudat poate părea) și munca noastră ca pacienți. Trebuie să ne menținem sinele pacient așezat alături de noi atunci când lucrăm ca terapeuți pentru alții, parțial pentru a avea un ochi deschis înspre sinele pacient, astfel încât acesta să nu intervină, dar și pentru a apela la sinele nostru pacient uneori pentru un sfat și în mod continuu ca o sursă de compasiune. Astfel, este nevoie să devenim pacienți din ce în ce mai buni, *precum și* terapeuți din ce în ce mai buni, *pentru a* fi terapeuți din ce în ce mai buni.

Cine poate să răspundă nevoii inevitabile de terapie personală, în afară de alți terapeuți, în principiu, imperfecți, dar destul de buni în practică, ce astfel duc o dublă povară ca terapeuți pentru terapeuți? Prin urmare, vedem psihoterapeutul ca pe o persoană care este atât terapeut, pacient, cât și psihoterapeut–pacient: la muncă, într-o sală a oglinzilor în care unul încearcă să rămână cu vederea clară, inevitabil văzându-se pe sine cum îl vede pe celălalt și în același timp văzându-l pe celălalt cum se vede pe sine. Poate că în anumite privințe este adesea mai ușor să ai alți terapeuți ca pacienți, de vreme ce ei tind (în mare parte) să fie mai sănătoși, persoane mai echilibrate decât media și de vreme ce aceștia își aduc sinele lor terapeut cu ei pentru a-i asista potențial în acest proces.

Deşi lucrul cu alţi terapeuţi este, de asemenea, o muncă făcută pe o pantă mai alunecoasă cu persoane al căror sine pacient are nevoi mai complexe, chiar dacă mai puţin drastice, şi al căror sine terapeut pot interfera, dar şi ajuta — o pantă alunecoasă unde un pas greşit poate fi mai uşor de făcut, iar consecinţele acestuia pot fi mai greu de corectat.

Pentru a confrunta provocările speciale implicate în terapia personală a psihoterapeutului, am încercat în această carte să creăm un spaţiu al discursului comun al psihoterapeuţilor ca pacienţi (cei care este posibil să fi experimentat terapie personală) şi al cercetătorilor în terapie (majoritatea celor care sunt şi terapeuţi) care au studiat terapeuţii ca pacienţi, *precum şi* terapeuţii terapeuţilor. Pentru a promova acest discurs comun, am adus în acelaşi loc perspectivelele asupra terapiei personale din diferitele orientări teoretice. Acum, în acest ultim capitol, de la care ne aşteptăm şi sperăm, cu siguranţă, să nu fie ultimul cuvânt spus pe acest subiect, am încercat, prin răspunsurile oferite întrebărilor imaginare ale Persoanei noastre Imparţiale, să tragem nişte concluzii la discursul prezentat în capitolele anterioare, să le schiţăm modelele de convergenţă şi de diferenţiere, să definim frontiera comună a cunoaşterii şi ignoranţei cu privire la acest subiect, să descoperim pe cât putem înţelepciunea practică şi să propunem încotro să ne îndreptăm în căutarea unei înţelegeri mai vaste şi mai profunde. Vom încheia în faţa colegilor noştri profesionişti şi cititori, parafrazându-l pe poetul francez Charles Baudelaire, care a scris (1861/1954, p. 82): „— Hypocrite lecteur, — mon semblable, — mon frère." (O! cititor făţarnic, — tu, semenul meu, — frate!*) şi adresându-ne acestora astfel: *O, terapeut-cititor, semenul nostru, parte a neamului nostru!*

Bibliografie:

Baudelaire, C., *Les fleurs du mal* în Y.G. Le Dantec (editor), *Baudelarire: Oeuvres completes*, Librairie Gallimard, Paris, 1861/1954

Belah, R.N., Madsen, R., Sullivan, W.M., Swidler, A. şi Tipton, S.M., *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*, University of California Press, Berkeley, 1985

* Traducere de Al. Philippide (n.tr.).

Buber, M., „Elements of the interhuman" în M. Friedman (editor), *The knowledge of man: Selected essays,* Harpter, and Row, New York, 1965, p. 72-88

Freud, S., „The interpretation of dreams" în J. Strachey (editor şi traducător), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol. 5, Hogarth Press, Londra, 1900/1953

Freud, S., „Recommendations to psysicians practising psychoanalysis" în J. Strachey (editor şi traducător), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol 12, Hogarth Press, Londra, 1912/1958, p. 109-120

Freud, S., *Introductory lectures on psycho-analysis,* cursul 23 în J. Strachey (editor şi traducător), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol. 16, Hogarth Press, Londra, 1917/1963, p. 358-377

Freud, S., „The question of lay analysis: Conversations with an impartial person" în J. Strachey (editor şi traducător), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,* vol. 20, Hogarth Press, Londra, 1926/1959

Norcross, J.C. (editor), *Psychotherapy relationships that works: Therapist contributions and responsiveness to patient needs,* Oxford University Press, New York, 2002

Perls, F., *The Gestalt approach and eye witness to therapy,* Bantam Books, New York, 1976

Rogers, C.R., „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" în *Journal of Consulting Psychology,* 22, 1957, p. 95-103

Rogers, C.R., „A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework" în S. Koch (editor), *Psychology: A study of a science,* vol. 3, McGraw-Hill, New York, 1959, p. 184-256

Schneider, D.M., *American kinship: A cultural account,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ, 1968

Wachtel, P.L., *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward integration,* Basic Books, New York, 1977

Anexă

Ghid pentru elaborarea mărturiilor

Conținutul discursului în capitolele tratând terapeutul terapeuților

Vă mulțumim pentru interesul privind contribuția cu un capitol la lucrarea *Formarea pentru psihoterapie. Perspective ale pacientului și ale clinicianului.* Vom cere fiecărui autor să aibă în vedere o serie de probleme fundamentale atunci când își va scrie capitolul. Conceperea conform următorului conținut a capitolului dumneavoastră: (1) va menține continuitatea între capitolele din această secțiune a cărții, (2) va permite convergența între relatarea dumneavoastră la persoana I și capitolele ulterioare orientate pe cercetare din carte și (3) va permite analize comparative între experiențele complementare ale terapeuților care acordă terapie personală (partea a III-a) și a acelora care beneficiază de aceasta (partea a II-a). Pentru a duce la îndeplinire aceste scopuri, vă cerem să cuprindeți următoarele domenii în forma și ordinea care vi se potrivesc cel mai bine. Întrebările Reprezentative sunt intenționate a fi evocatoare; nu vă cerem să răspundeți la fiecare dintre acestea.

1. Istoria și experiența dumneavoastră în tratarea profesioniștilor în sănătatea mintală. Întrebări Reprezentative: Câți ani ați oferit terapie personală sau analiză? Ce proporție din practica dumneavoastră curentă este devotată terapiei altor terapeuți? Ce tipuri de profesioniști în sănătatea mintală în termeni de sex, etnie, profesie și orientare asistați? Ce tipuri de terapie oferiți în mod obișnuit terapeuților? Dacă vi s-ar cere să presupuneți, de ce considerați că sunteți selecționat ca terapeut de către psihoterapeuți?

2. Experiența dumneavoastră, dacă există, cu privire la ceea ce distinge psihoterapia pacienților, care sunt la rândul lor psihoterapeuți, de psihoterapia oferită nonterapeuților. Întrebări Reprezentative: Observați vreo diferență,

în experienţele dumneavoastră de tratament cu psihoterapeuţi colegi sau terapeuţi în formare, în:

- Prezentarea problemelor şi a scopurilor tratamentului.
- Formatul tratamentului/modalitatea pe care o folosiţi.
- Dinamicile de putere ale relaţiei terapeutice.
- Negocierea contractului terapeutic.
- Modificări în tehnică.
- Menţinerea limitelor.
- Procesul terminal.
- Relaţiile postterminale.
- Determinanţii esenţiali ai succesului psihoterapiei.

3. *Observaţiile dumneavoastră privind procesul distinctiv al tratării profesioniştilor în sănătatea mintală.* Întrebări Reprezentative: Care a fost experienţa dumneavoastră în tratatea terapeuţilor a căror orientare teoretică este substanţial diferită de a dumneavoastră? Cum le acordaţi terapeuţilor libertatea de a fi pacienţi, în acelaşi timp respectând aspectele colegiale ale relaţiei? Au terapeuţii-pacienţi o capacitate de răspuns selectivă la diferitele faţete ale procesului, în comparaţie cu pacienţii nonterapeuţi? Reprezintă faptul de a fi mentor una dintre componentele muncii dumneavoastră cu terapeuţii-pacienţi? Ce rol joacă discutarea muncii pacientului ca terapeut în tratamentul acestora? Cum reacţionează terapeuţii-pacienţi la erorile dumneavoastră tehnice, eşecurile de empatie şi la încălcările minore ale cadrului terapeutic? Sunt rolurile pe care le jucaţi în fanteziile terapeuţilor-pacienţi diferite de acelea imaginate de nonterapeuţi?

4. *Poverile şi factorii stresori în conducerea psihoterapiei cu profesionişti în sănătatea mintală* (dincolo de cele asociate cu acordarea de psihoterapie în general). Întrebări Reprezentative: Care sunt particularităţile cele mai dificile ale tratării psihoterapeuţilor? Există cazuri în care psihoterapeuţii devin cei mai răi pacienţi? Cu ce ocazii deveniţi mai conştient de faptul că trataţi un psihoterapeut? Simţiţi o creştere a tensiunii de a avea „succes" atunci când pacientul este şi terapeut? Cum evitaţi confundarea psihoterapiei şi supervizării? Care sunt complicaţiile — şi cum le faceţi faţă — ivite din aceea că există posibilitatea ca foşti psihoterapeuţi pacienţi să devină profesionişti în cadrul aceleiaşi scene?

5. *Satisfacţiile şi recompensele în conducerea psihoterapiei cu profesionişti în sănătatea mintală* (dincolo de cele asociate cu conducerea psihoterapiei în general). Întrebări Reprezentative: Care sunt particularităţile cele mai recompensatorii survenite în urma tratării psihoterapeuţilor? Care sunt satisfacţiile de a fi considerat un „terapeut al terapeuţilor"?

6. Lecțiile învățate din tratarea psihoterapeuților colegi privind îmbunătățirea psihoterapiei, în general, și a psihoterapiei cu psihoterapeuți, în special. Întrebări Reprezentative: Cât de mult v-a influențat propria dezvoltare ca terapeut experiențele de acordare a terapiei altor terapeuți? În ce feluri, pozitiv sau negativ? Ce ne spune terapia terapeuților, dacă este cazul, despre cum să tratăm pacienții nonterapeuți? Ce sfat ați oferi colegilor clinicieni pentru a îi ajuta să conducă o psihoterapie eficientă cu alți terapeuți?

Conținutul discursului în capitolele tratând terapeuții-pacienți

Vă mulțumim pentru interesul privind contribuția cu un capitol la lucrarea *Formarea pentru psihoterapie. Perspective ale pacientului și ale clinicianului.* Vom cere fiecărui autor să aibă în vedere o serie de probleme fundamentale atunci când vor scrie acest capitol. Conceperea conform următorului conținut a capitolului dumneavoastră: (1) va menține continuitatea între capitolele din această secțiune a cărții, (2) va permite convergența între relatarea dumneavoastră la persoana I și capitolele ulterioare orientate pe cercetare din carte și (3) va permite analize comparative între experiențele complementare ale terapeuților care acordă terapie personală (partea a III-a) și ale acelora care beneficiază de aceasta (partea a II-a). Pentru a duce la îndeplinire aceste scopuri, vă cerem să cuprindeți următoarele domenii în forma și ordinea care vi se potrivesc cel mai bine. Întrebările Reprezentative sunt intenționate a fi evocatoare; nu vă cerem să răspundeți la fiecare dintre acestea.

În discutarea acestor chestiuni vă invităm să scrieți într-o manieră de dezvăluire confortabilă. Înțelegem că puteți alege să fiți selectiv/ă în materialul autobiografic pe care îl veți include.

1. Istoria și experiența dumneavoastră în beneficierea de terapie personală/analiză.

Întrebări Reprezentative: De câte ori ați fost în terapie, la câți terapeuți diferiți? De ce tipuri de terapie ați beneficiat din punctul de vedere al orientării teoretice și al modalității de tratament? În general, de câte ore de terapie sau ani de terapie personală ați beneficiat? Care au fost criteriile cele mai evidente în selecționarea terapeutului/terapeuților? Cine a fost terapeutul dumneavoastră în termeni de sex, etnie, profesie și orientare? V-au creat probleme vreuna dintre potrivirile sau nepotrivirile de sex, etnie, profesie și orientare? Motivele pentru care ați căutat terapie au

fost constituite în principal de aspecte de formare, creștere personală sau probleme personale? Care erau nemulțumirile dumneavoastră esențiale și obiectivele de tratament? Erau acestea legate de alegerea carierei de psihoterapeut?

2. *Experiența dumneavoastră, dacă există, legată de ceea ce distinge psihoterapia pacienților, care sunt la rândul lor psihoterapeuți, de psihoterapia oferită nonterapeuților.* Întrebări Reprezentative: Ați observat sau dedus vreo diferență, în experiențele dumneavoastră de tratament, cu privire la:

- Prezentarea problemelor și a scopurilor tratamentului.
- Formatul tratamentului/modalitatea oferită.
- Dinamicile de putere ale relației terapeutice.
- Negocierea contractului terapeutic.
- Modificări în tehnică.
- Menținerea limitelor.
- Procesul terminal.
- Relațiile postterminale.
- Determinanții esențiali ai succesului psihoterapiei.

3. *Observațiile dumneavoastră privind procesul distinctiv al beneficierii de psihoterapie ca profesionist în sănătatea mintală.* Întrebări Reprezentative: Cum vi s-a părut ca profesionist (sau profesionist în formare) să fiți dumneavoastră înșivă/însevă în terapie? Cum v-a oferit terapeutul, ca terapeut-pacient, libertatea de a fi pacient, în același timp respectând aspectele colegiale ale relației? Ce altceva ar putea duce la îndeplinire acest scop? Ce rol a avut discutarea muncii de terapeut în tratamentul dumneavoastră? Cum ați reacționat la erorile tehnice ale terapeutului dumneavoastră, la eșecurile de empatie și la încălcările minore ale cadrului terapeutic? Care erau fanteziile dumneavoastră cu terapeutul?

4. *Poverile și factorii stresori în beneficierea de psihoterapie ca profesionist în sănătatea mintală.* Întrebări Reprezentative: Care erau particularitățile cele mai dificile inerente faptului de a fi în terapie? Care erau preocupările dumneavoastră privind menținerea unor limite corecte cu terapeutul dumneavoastră? Cum ați evitat dumneavoastră și terapeutul dumneavoastră îmbinarea psihoterapiei cu supervizarea informală? Cum ați gestionat complicațiile legate de dumneavoastră, ca fost pacient, devenind un profesionist?

5. *Satisfacțiile și recompensele primite din beneficierea de psihoterapie ca profesionist în sănătatea mintală.* Întrebări Reprezentative: Câtă valoare/ce beneficii a avut terapia personală pentru dumneavoastră în viața

dumneavoastră personală? Care au fost rezultatele cele mai bune și cele mai defectuoase? A fost faptul de a fi avut un mentor o componentă importantă a terapiei dumneavoastră? Care a fost impactul asupra dezvoltării dumneavoastră personale și profesionale?

6. *Lecțiile învățate din beneficierea de psihoterapie personală privind îmbunătățirea psihoterapiei, în general, și psihoterapiei cu psihoterapeuți, în special.* Întrebări Reprezentative: Cât de mult v-au influențat experiențele beneficierii de terapie personală dezvoltarea ca psihoterapeut? Care sunt „lecțiile învățate" despre psihoterapie din experiențele de tratament personal? Ce ne spune terapia terapeuților, dacă este cazul, despre cum să tratăm pacienții nonterapeuți? Ce sfat ați oferi colegilor clinicieni pentru a-i ajuta să își selecteze psihoterapeuți eficienți?